FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947

THESE N° 642

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Henri BLEIRAD

Né le 10 Septembre 1918 à Janville (Eure-et-Loir)

Présentée et soutenue publiquement le ..... 5 JUIL. 1947 ..... 19..

SUR UN CAS DE MUCOCELE ET DE CARCINOIDE DE L'APPENDICE ASSOCIES AVEC UN PSEUDOMYXOME PERITONEAL DIFFUS

Président : M. MOULONGUET, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Henri BLEIRAD

Né le 10 Septembre 1918 à Janville (Eure-et-Loir)

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

SUR UN CAS DE MUCOCELE ET DE CARCINOIDE DE L'APPENDICE ASSOCIES AVEC UN PSEUDOMYXOME PERITONEAL DIFFUS

Président : M. MOULONGUET, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... LÉON BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. ..... JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (JUSTIN)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (Charles).
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ
Pathologie chirurgicale	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (J.).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiâtrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE.
	BASSET.
	DE GAUDART D'ALLAINES.
	FUNCK-BRENTANO.
	GATELLIER.
	MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY.
	BOULIN.
	CHEVALLIER.
	COSTE.

	M.
Clinique médicale	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE.
	LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clin. otho-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, *l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A Monsieur le Professeur MOULONGUET

Professeur de Technique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Tenon
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur agrégé DELARUE

Médecin-Chef de l'Hospice Paul Brousse

Qui m'a guidé pas à pas dans ce travail.

A Monsieur le Professeur FEVRE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'Honneur

Qui m'a initié à la chirurgie.

A Monsieur le Docteur B. DESPLAS

Chirurgien Honoraire des Hôpitaux de Paris

Chirurgien-Chef de la Maison de Santé du Gardien de la Paix de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre 1914

Médaille de la Résistance

Qui m'a suggéré ce travail, après m'avoir formé aux disciplines de l'art chirurgical.

A Monsieur le Docteur LE ROY

Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame-de-Bon-Secours

Qui m'a enseigné avec sollicitude la technique opératoire.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

L'observation qui est le prétexte de ce travail est celle d'une tumeur de l'appendice qui s'accompagnait d'un pseudomyxome ou maladie gélatineuse du péritoine.

L'aspect macroscopique de la tumeur ne nous ayant pas permis de reconnaître à quel genre de lésion nous avions affaire, c'est l'examen histologique qui nous a éclairé sur la nature de l'affection que présentait notre malade. Il s'agissait d'un carcinoïde de LUBARSCH (tumeur à cellules argentaffines de MASSON) et d'un kyste muqueux de l'appendice ou mucocèle.

Loin d'être exceptionnelles, ces affections sont cependant assez rares et nous avons été surpris de trouver ces trois affections rares réunies sur la même personne. Nous verrons en effet que cette association n'a, à notre connaissance, jamais été rencontrée jusqu'à présent; les observations déjà publiées ne groupent au maximum que deux de ces maladies. C'est là un fait qui nous a paru assez important pour entreprendre une étude de ce cas.

Notre étude comportera un rappel des données généralement admises sur chacune de ces lésions, nous constaterons que tant au point de vue clinique, qu'au point de vue histologique, notre cas comporte bien un carcinoïde, une mucocèle et un pseudomyxome typiques.

Nous tenterons ensuite de tirer un enseignement de cette association morbide qui semble apporter des arguments en faveur de la théorie neuro-secrétoire de la mucocèle appendiculaire et du pseudomyxome péritonéal.

HISTORIQUE

L'étude des carcinoïdes de l'appendice est l'œuvre de MASSON qui démontre que, parmi ce que l'on appelait alors (1914) cancers de l'appendice, il existe une variété de tumeurs caractérisées par la présence de cellules argentaffines. A la même époque, LUBARSCH nomme ces tumeurs : carcinoïdes. Depuis, deux thèses ont résumé les travaux faits sur ce sujet, ce sont celles d'Armand MICHOT (Paris, 1927) et de Lucien RECK (Strasbourg, 1939).

La mucocèle ou appendice kystique a été décrite en 1861 par ROKITANSKY et en 1864 par CRUVEILHIER. Le premier travail étendu sur la question est de WALTER en 1899, puis LETULLE, BÉRARD et VIGNARD abordent ce sujet qui est repris dans les thèses de KEREMBRUN, DUBOS (élève de BROCA), DELBOSC, PALAYER (élève de JABOULAY) et enfin une étude d'ensemble est faite dans la thèse de PELTIER (élève de LECÈNE et MOULONGUET (Paris, 1924) et dans l'article de DAMBRIN (*Gazette des Hôpitaux,* 11 janvier 1936).

La première observation rapportant un cas de pseudomyxome du péritoine, consécutif à une lésion appendiculaire est celle de FRANKEL en 1901. Ensuite, Edouard QUÉNU en 1903, puis LETULLE en 1907 abordent la question et LEJARS en 1912 fait un article important sur « la maladie gélatineuse du péritoine d'origine appendiculaire », il est repris et complété par HARTMANN

et BINET en 1918. Depuis les travaux les plus importants qui soient parus sont ceux de PELTIER (thèse 1924), de MONOD et WUILHIEME en 1931, de RIGNEY D'AUNOY et Archie FINE en 1934.

Envisagée comme cas réunissant carcinoïde et mucocèle compliquée de pseudomyxome péritonéal, notre observation est une des premières de la littérature. En effet, nos recherches bibliographiques ne nous ont pas permis de relever une observation superposable à celle qui est à la base de ce travail.

Cependant une observation détaillée de carcinoïde et mucocèle simple de l'appendice a été publiée par MM. Jérôme J. WEINER et Angelo M. SALA dans « l'*American Journal of Surgery* » de New-York en mars 1946, mais nous ne partagerons pas leur opinion quand ils nous disent : « Après une revue soigneuse de la littérature nous n'avons pas été capable de trouver un seul cas rapporté de tumeur carcinoïde de l'appendice produisant une mucocèle », car, bien que les observations n'aient pas été rapportées en détails, le Professeur DELARUE dans un article publié avec M. Pierre JOUANNEAU dans la « *Semaine des Hôpitaux de Paris* » parue en décembre 1942, sur « le mode de formation de la mucocèle de l'appendice et du pseudomyxome péritonéal », cite deux cas où ils ont trouvé la mucocèle associée à un carcinoïde; depuis un autre cas a été observé. C'est donc à eux, nous semble-t-il, que revient le mérite des premiers travaux sur le sujet, sans vouloir de ce fait minimiser l'intérêt de l'observation de WEINER et SALA.

Chronologiquement, nous établirons donc l'historique de la question comme suit :

Décembre 1942 : Jacques DELARUE et Pierre JOUANNEAU. — « Sur le mode de formation de la mucocèle de l'appendice et du pseudomyxome péritonéal ». (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 12, décembre 1942, pages 323-327).

Mars 1946 : Jérôme J. WEINER et Angelo M. SALA. — « Tumeur carcinoïde de l'appendice provoquant une mucocèle ». (*American Journal of Surgery,* volume 71, n° 3, pages 420-422).

OBSERVATION

Madame B... Marie.

58 ans, 3 enfants bien portants. Bien portante jusqu'en 1940, cette malade ne signale aucune maladie dans ses antécédents. Sa ménopause s'est bien passée quand se produisent quelques épisodes douloureux abdominaux, qu'elle attribue aux efforts qu'elle fait en portant des bassines de linge dont l'anse appuie sur son flanc droit. Les crises douloureuses durent quelques jours et se reproduisent trois à quatre fois en 1940-1941.

C'est en 1942 que l'abdomen augmente de volume d'une façon apparente mais toutefois n'inquiète pas la malade car elle ne ressent aucun autre trouble et continue son travail jusqu'en 1945.

En 1945 le volume de son abdomen est devenu tel, qu'elle consulte un médecin qui diagnostique et la soigne comme ascite éthylique. Le volume abdominal régresse pour reprendre de l'ampleur en mai 1946 et ce n'est qu'à cette période que commence l'amaigrissement. La malade remarque que ses bras, ses cuisses maigrissent, contrastant avec son abdomen qui en paraît encore plus gros. Sa force musculaire étant peu atteinte, elle continue ses travaux.

Devant l'inefficacité du traitement qui avait amené une première sédation, le médecin décide une nouvelle ponction. Alors que la première pratiquée un an auparavant avait ramené un liquide clair assez abondant, celle-ci ne ramène que des traces de substance épaisse, comparable à du blanc d'œuf, qui obstrue le trocart. Il envoie alors la malade à la clinique.

A son arrivée, le 8 août 1946, cette femme présente un gros abdomen à l'exclusion de tout autre symptôme. L'examen général complet est négatif. Il n'y a ni troubles digestifs, ni circulation collatérale, pas d'hémorroïdes. Il n'y a jamais eu d'ictère ni de prurit. Il n'y a pas de bradycardie. On ne décèle ni hépato ni splénomégalie. Les appareils circulatoires et respiratoires sont normaux, les culs-de-sac pleuraux sont clairs à la radio. Il n'y a pas et il n'y a pas eu d'œdème. Le diagnostic, qui reste seul à discuter est : ascite ou kyste de l'ovaire.

L'examen gynécologique permet de reconnaître un utérus petit, normal dans sa position, sa consistance, sa mobilité. Les paramètres sont normaux, le cul-de-sac de Douglas ne semble pas modifié, ni dédoublé, ni empâté. Le toucher rectal n'apprend rien de plus. On ne sent pas de pôle inférieur d'un kyste abdominal supposé.

La malade, en position debout, a un ventre qui saille en obusier, cet aspect est légèrement modifié dans le décubitus dorsal. La palpation de ce ventre tendu, réuitent, ne précise rien. La percussion révèle un épigastre sonore, des flancs moins mats que la région ombilicale. On ne sent pas de flot. Les diverses positions de la malade ne modifient que peu cette symptomatologie.

Etant donné l'âge de la malade, le début de la maladie suivant de peu la ménopause, la localisation abdominale de l'affection sans signes associés, la période d'amaigrissement récente, nous faisons en définitive le diagnostic de kyste de l'ovaire abdominal, volumineux, s'accompagnant peut être d'une faible ascite.

L'indication opératoire est donc posée. Les examens complémentaires étant normaux : temps de saignement, de coagulation, urée sanguine (0 gr. 40), l'opération a lieu le 13 août 1946.

Compte-rendu opératoire :

Opérateur : Docteur B. Desplas.

Aide : J. Bleirad.

Anesthésiste : Mlle Dousseaud (éther).

Incision médiane sous-ombilicale, présence d'ascite très abondante avec des magmas mal définis. On trouve une masse grosse comme un poing, très dure, blanchâtre, irrégulière, que l'on prend pour un kyste de l'ovaire droit (figure 1).

L'ascite évacuée, (il y en a six litres), on se rend compte qu'il s'agit d'une tumeur de l'appendice (schéma) qui occupe les deux tiers distaux de l'organe. Cette tumeur bosselée, blanchâtre, irrégulière, présente un orifice obturé par un fragment épiploïque, elle est enlevée facilement. Section de l'appendice au thermo et ligature du méso. Fermeture sans drainage.

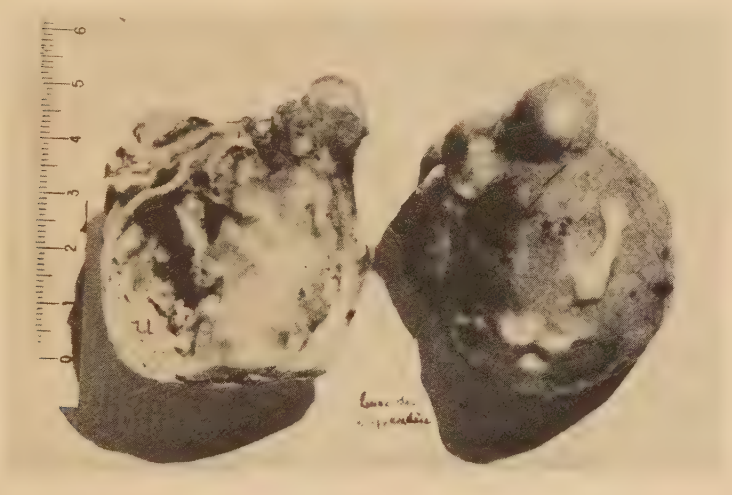


Fig. I

Cette intervention montre en outre que, chez cette malade :

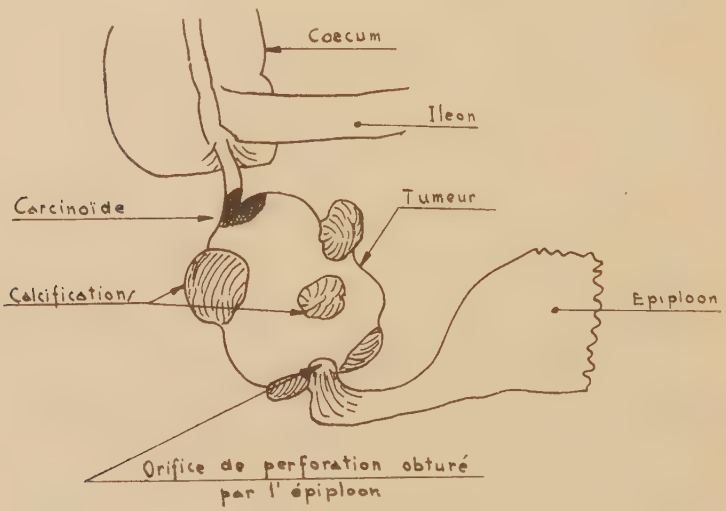
1°. — Le péritoine est rouge, dépoli, granuleux dans toute la région de la fosse iliaque droite.

2°. — L'appareil génital est normal, particulièrement les annexes (ovaires).

Suites opératoires :

Très bonnes — la malade se réveille rapidement — son pouls et sa respiration sont réguliers et calmes — les gaz passent le

troisième jour — la cicatrisation se fait normalement — les agrafes sont enlevées le huitième jour — la malade se lève le douzième jour et sort en bonne santé le quinzième jour.



Evolution :

La malade reprend ses occupations, mais vers le 10 septembre, 1946, l'ascite se reproduit et quinze jours plus tard l'abdomen est aussi volumineux qu'avant l'intervention. Il n'y a pas de fièvre, la malade n'accuse aucun trouble. Une numération globulaire montre une anémie à 3.000.000, sans modification morphologique des cellules. On ponctionne l'abdomen le 25 septembre, soit quarante-cinq jours après l'opération. Le liquide présente les mêmes caractères macroscopiques et microscopiques que lors de l'intervention, mais sans amas compacts, c'est un liquide homogène, clair, sirupeux, coagulant spontanément.

Ultérieurement :

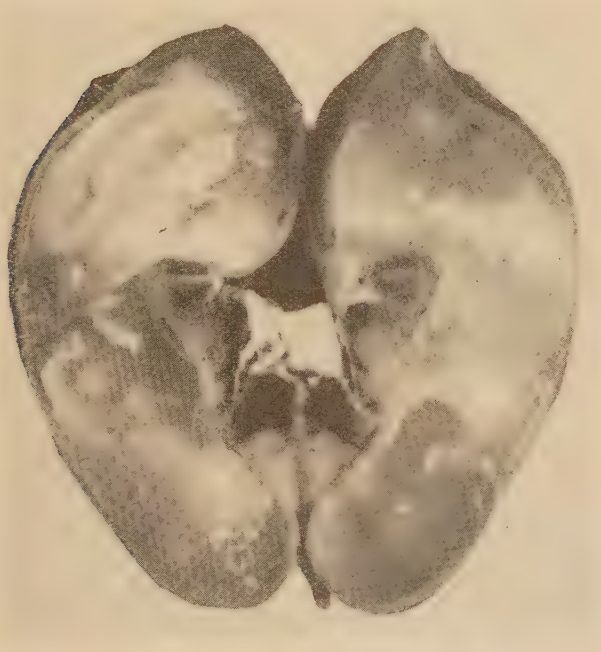
Le Docteur Bonnetblanc, médecin de la malade, l'a examinée six mois après l'intervention. Il n'y a plus d'ascite, la paroi abdo-

minale est souple, non douloureuse, les forces sont revenues et ont permis à la malade de reprendre son travail. Elle n'a ni troubles digestifs ni trouble urinaires — sa tension artérielle au Vaquez est : Mx — 14 — Mn — 8.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

(Professeur Agrégé DELARUE)

L'étude histologique a porté d'une part, sur les coupes transversales du segment appendiculaire, exactement dans la région où avaient été opérées la ligature



Mucocèle Typique

et la section de l'organe. D'autre part, elle concerne le segment appendiculaire immédiatement sous-jacent situé exactement au-dessus de la distension kystique de l'organe et formant en quelque sorte le pôle proximal de celle-ci. Enfin, diverses coupes intéressent la paroi du kyste muqueux lui-même. Il faut ajouter que de nombreux frottis ont été opérés avec le liquide contenu dans la cavité péritonéale.

Dans son segment proximal (base d'implantation de l'appendice) l'appendice coupé transversalement comprend une architecture normale : la muqueuse est atrophique — le chorion ne contient que de rares îlots lymphoïdes — la sous-muqueuse est envahie de tissus fibreux et parsemée de très nombreux vaisseaux gorgés de sang — les tuniques musculaires sont normales.

Dans la racine du méso s'observent des signes d'inflammation caractérisés par une métaplasie fibreuse du tissu adipeux et par de nombreux îlots de cellules inflammatoires surtout lymphocytaires.

Les coupes intéressant le segment immédiatement sous-jacent permettent d'étudier en coupe transversale la totalité de l'appendice.

Le fait essentiel est que ce segment est occupé par une tumeur. Il n'existe pour ainsi dire plus de lumière, celle-ci est seulement virtuelle et marquée par la présence d'un petit îlots de muqueuse avec quelques glandes d'ailleurs normales.

Dans le chorion de cette muqueuse et surtout dans toute la sous-muqueuse (figure II) s'observent les éléments d'une prolifération tumorale. Ceux-ci sont constitués par des cordons irréguliers ou par de petits îlots de cellules très chromophiles, tous semblables dont les contours sont peu précis, tandis que les noyaux sont parfaitement individualisés et très chromophiles. Nulle part ne s'observent de groupements tubulo-glandulaires parmi ces éléments cellulaires.

L'image histologique réalisée est celle d'une tumeur à cellules argentaffines, d'un carcinoïde de LUBARSCH, dont la structure est absolument typique.

Pour des raisons purement techniques, il a été impossible de mettre en évidence l'argentaphilie de ces éléments cellulaires dans le cas particulier. Mais il convient de souligner qu'il n'y a pas d'hésitation permise à l'égard de l'identité de cette tumeur. Cette prolifération tumorale occupe toute la sous-muqueuse et tout se passe comme si l'oblitération de la lumière appendiculaire résultait de sa présence, en raison de l'épaississement de la sous-muqueuse qu'elle détermine avec l'hypertrophie fibreuse dont elle s'accompagne. Mais, ce n'est pas seulement dans le plan du chorion et de la sous-muqueuse que s'observent les éléments du carci-

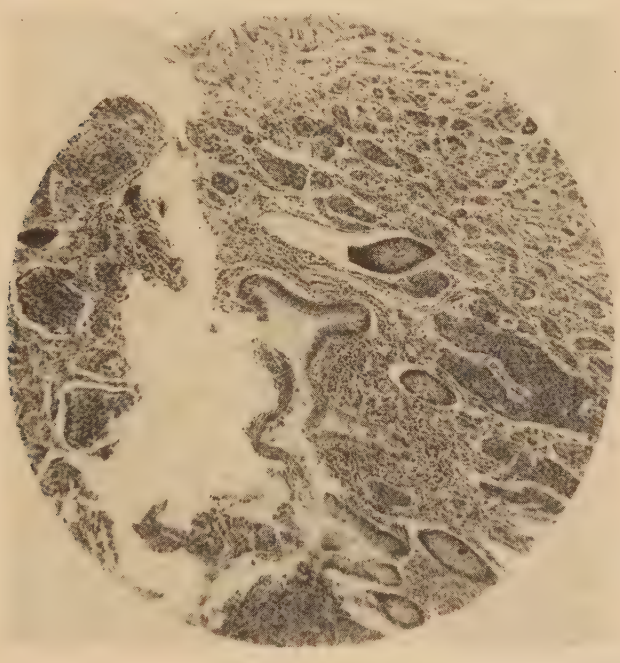


Fig. II

noïde, les deux tuniques musculaires contiennent également de petits groupes de cellules tumorales identiques (figure III). Enfin, dans le méso-appendiculaire se voient le long des vaisseaux, quelques cordons assez larges et anastomosés de cellules tumorales de même type et de même groupement (figure IV).

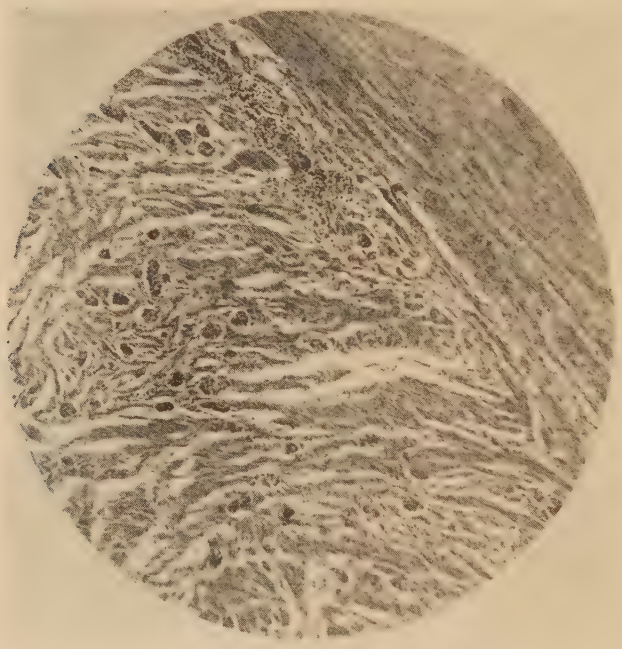


Fig. III

Toutes les autres coupes intéressent la paroi de la mucocèle elle-même. Certaines d'entre elles ont été pratiquées dans la région de la solution de continuité de cette paroi qui siège sur la face inféro-interne du kyste et se trouve obstruée par l'épiploon. C'est une paroi dense, dure, fibreuse, elle est constituée par des faisceaux anastomosés et disposés parallèlement d'une sclérose lamellaire, à peu près anhiste le plus souvent, riche en fibroblastes ailleurs, avec quelques espaces de

dissociation qui sont occupés par des infiltrats cellulaires lymphoïdes, parmi lesquels se voient des centres clairs germinatifs.

Le revêtement interne (figure V) de cette paroi kystique est constitué par un épithélium cylindrique de type liberkünien dont les noyaux ont un siège basal, tandis que le pôle apical volumineux est clair, gorgé de mucus, aboutissant à la formation de cellules mucipares à calice

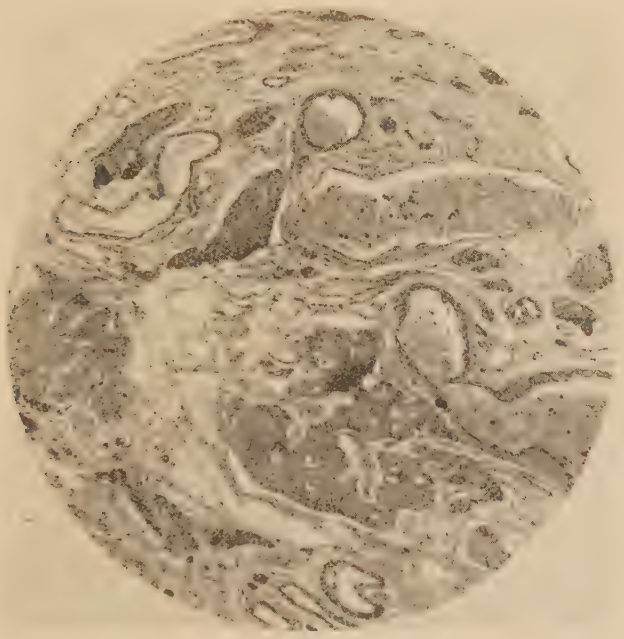


Fig. IV

ouvert. Il est très important de constater que les coupes intéressant la région interne de la paroi de la mucocèle comprennent deux revêtements épithéliaux identiques et adossés, l'un qui forme le revêtement interne du kyste muqueux de l'appendice proprement dit, l'autre qui tient la place de l'endothélium de la séreuse péritonéale (figure VI).

Loin d'être atrophique, loin d'être seulement en état d'hypersécrétion, ce revêtement épithélial forme des villosités, végétations papillaires grêles ou globuleuses, avec constitution de culs-de-sac glandulaires à leur base, ce qui est l'expression d'une hyperplasie épithéliale mucipare évidente. Le mucus qui résulte de l'hypersécrétion de ce revêtement se dispose en larges flocons irréguliers à la surface de celui-ci (figure VII).

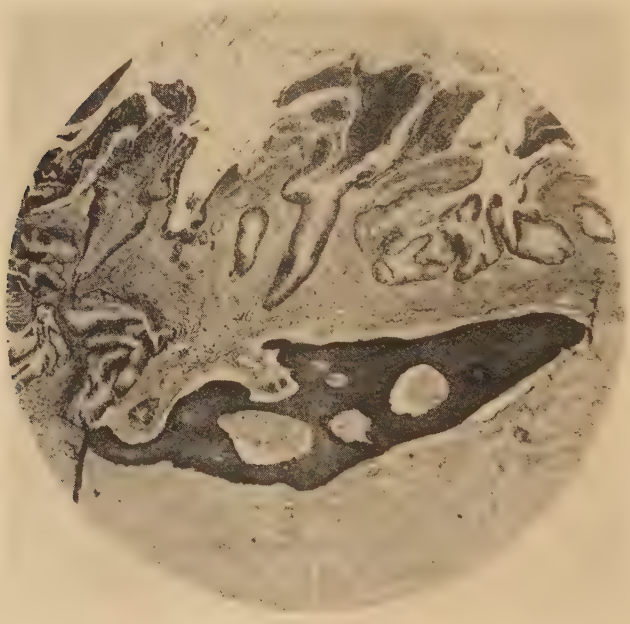


Fig. V

Deux autres faits sont à noter à propos de cette paroi : c'est, d'une part, l'existence de quelques faisceaux musculaires discontinus dissociés qui existent en certaines régions de la paroi de la mucocèle. Ils sont visibles notamment au voisinage du pôle proximal de celle-ci. D'autre part, l'existence de formations osseuses qui forment de véritables plaques de blindage dans la paroi de la mucocèle et n'existent, elles aussi, qu'en

certaines régions (figure V). Il s'agit d'un tissu osseux adulte, parfaitement constitué, existant toujours au contact immédiat du revêtement épithélial en hypercrinie. C'est un tissu osseux compact parfois, mais le plus souvent de type spongieux avec lacunes « médullaires », très vascularisées de type normal et contenant

Fig. VI

une moelle active. L'orifice de perforation se montre tout entier entouré par un cercle osseux, véritable porte de cet orifice.

Au contact de la partie interne de la paroi de ce kyste, se voient des éléments du méso-appendice représentés par une lame étirée très riche en vaisseaux. Il

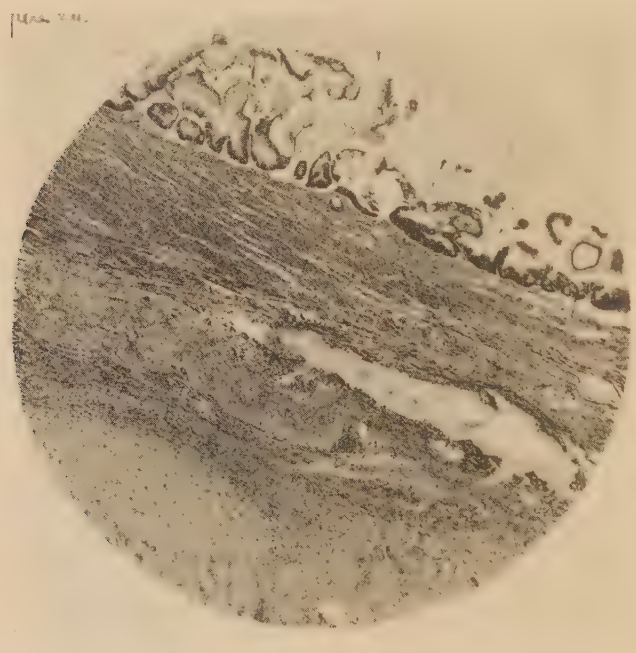


Fig. VII

est très intéressant de noter que dans l'épaisseur de ce méso comme dans l'épaisseur du kyste lui-même, se voient quelques flaques de mucus infiltrant, la substance fondamentale conjonctive.

Les frottis effectués au dépens de la substance épanchée montrent que celle-ci est occupée par de larges flocons de substance mucoïde qui baignent dans un exsudat d'aspect séreux; on y voit quelques éléments cellu-

laires réunis par groupe de deux ou trois et pourvus d'un cytoplasme gonflé, identique morphologiquement aux éléments mucipares qui constituent la bordure épithéliale du kyste et de la surface externe de la mucocèle.

NOTIONS CONCERNANT LA CARCINOIDE LA MUCOCELE ET LE PSEUDOMYXOME PÉRITONÉAL

Nous venons d'exposer le cas d'une malade qui présente simultanément trois affections, un carcinoïde de l'appendice, une mucocèle de l'appendice et un pseudomyxome péritonéal; nous nous proposons de résumer ce que l'on sait de chacune de ces maladies, ce qui contribuera à prouver qu'elles sont bien toutes trois présentes chez la même malade, avant d'essayer de dégager l'intérêt pathogénique de notre observation.

D'un point de vue clinique, nous avons constaté que ces lésions, aussi bien quand elles sont isolées que lorsqu'elles sont associées, n'ont pas de symptomatologie propre. Ce n'est généralement qu'à l'intervention que le diagnostic exact est fait, (sauf pour le carcinoïde ou le laboratoire est indispensable), l'indication opératoire étant fondée soit sur une erreur de diagnostic, soit sur une complication. Nous n'insisterons pas sur ces erreurs de diagnostic car toutes les affections abdomino-pelviennes ont été évoquées à ce sujet. Quant aux complications, on note la fréquence des complications mécaniques par opposition à la rareté des phénomènes inflammatoires ou infectieux qui peuvent se voir cependant.

La mucocèle ou kyste appendiculaire est caractérisée par la dilatation plus ou moins volumineuse d'une partie ou de la totalité de l'organe, rempli d'une subs-

tance généralement claire, plus ou moins épaisse. Elle a été étudiée en détail par LETULLE, HARTMANN et BINET, par PELTIER élève de LECÈNE et MOULONGUET, par Louis DAMBRIN et DELARUE (cf. figure VIII et suivantes). C'est une tumeur bénigne qui guérit par ablation.

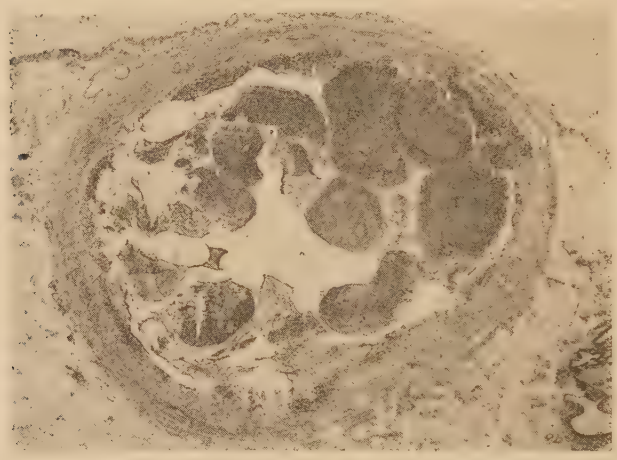


Fig. VIII

Elle se complique parfois de pseudomyxome du péritoine. Il est caractérisé par la présence dans la cavité abdominale de masses gélatineuses, de mucus coagulé, localisé ou remplissant tout l'abdomen. Ce n'est pas une complication exclusive de la mucocèle appendiculaire, on sait qu'elle peut survenir à la suite de kystes de l'ovaire, de kystes omphalo-mésentérique, de diverticules intestinaux de kystes rétro-péritonéaux, de certaines tumeurs malignes de l'ovaire, de la vésicule ou du gros intestin.

« La maladie gélatineuse du péritoine » a été étudiée en 1912 par LEJARS, à la suite d'Edouard QUÉNU et LETULLE, ce n'est qu'à la suite d'HARTMANN et BINET

en 1918 qu'on a étudié le pseudomyxome d'origine appendiculaire. Ce sont MONOD et VUILLIEME, puis RIGNEY D'AULNOY et Archie FINE qui s'y sont surtout attachés, discutant de la pathogénie de l'affection pour laquelle DELARUE propose une théorie neuro-secrétoire que nous reprendrons. En ce qui concerne son évolution, il est classique (DELARUE) d'opposer la bénignité de celui qui provient de l'appendice a la gravité de celui qui provient de l'ovaire.

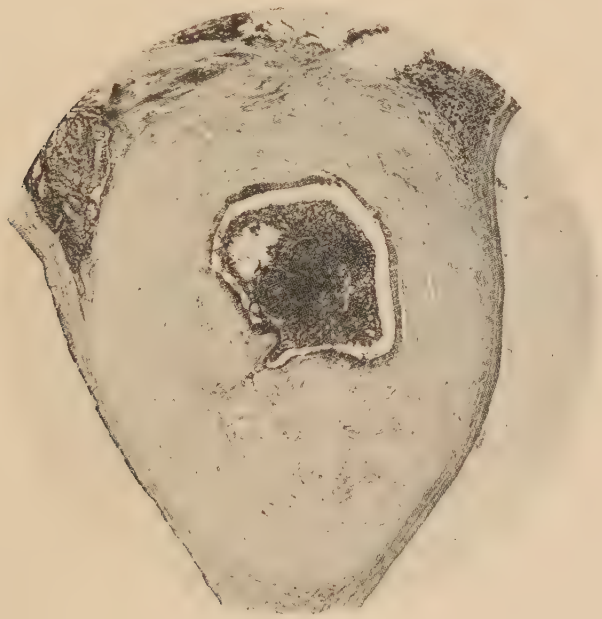


Fig. IX

Quant au carcinoïde, identifié par LUBARSCH, nous devons à MASSON de l'avoir isolé du chaos des tumeurs cancéreuses de l'appendice en montrant qu'il s'agissait d'une tumeur à cellules argentaffines (cellules de KULTCHISKY) pour lesquelles il a mis au point un mode de coloration électif. Cette méthode permet de faire le dia-

gnostic positif du carcinoïde par l'imprégnation des coupes à l'argent. Ces faits ont été précisés dans les thèses de MICHOT, élève de LEJARS et de Lucien RECK,

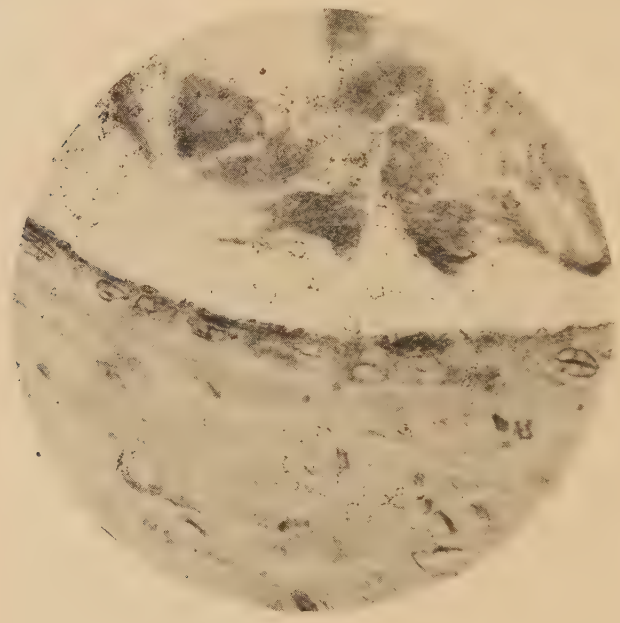


Fig. X

élève de GÉRY. Son évolution est habituellement bénigne et la guérison est la plupart du temps définitive après l'intervention, pourtant il ne faut pas oublier que l'on a cité des cas de propagation et même de métastases (MOUTIER, DELARUE).

VALEUR DE L'OBSERVATION

L'intérêt de cette observation nous semble résider surtout dans le fait que ces trois affections ont évolué chez une même malade et qu'elles ont évolué chacune sur le mode qu'il est habituel de leur voir emprunter. Nous connaissons les données (chacune des maladies séparément est connue en détails) et le résultat final (état de notre malade lors de l'intervention). Nous nous proposons maintenant de tenter une explication de ces faits en cherchant à reconstituer l'ordre chronologique de leur apparition puis de discuter les théories histogéniques et pathogéniques qui ont été proposées pour chacune des affections et d'essayer de dégager de celles-ci une explication qui cadre avec ce que nous avons observé.

RECHERCHE DE LA CHRONOLOGIE DES TROIS AFFECTIONS

L'apparition du pseudomyxome péritonéal est une complication classique de la mucocèle appendiculaire, cette donnée est fondée sur de multiples observations, par contre on ne l'a jamais vu compliquer le carcinoïde.

Nous pouvons fixer d'après notre observation la date de l'apparition du pseudomyxome, il remonte à trois ans environ. Il s'est produit sans phénomènes aigus, puisque ce n'est que progressivement que l'abdomen s'est distendu, sans inquiéter la malade.

Par rapport à cette date, que dire du carcinoïde et de la mucocèle ?

La mucocèle est antérieure au pseudomyxome. Si les données classiques établissant que l'un est la complication de l'autre n'étaient pas suffisantes, on pourrait de plus penser qu'il est probable que les calcifications constatées dans la paroi du kyste appendiculaire, calcifications d'os adulte, témoignent de l'ancienneté de la lésion. L'orifice de perforation est entouré d'un anneau osseux qui, selon toute vraisemblance, s'est développé après que la perforation s'est produite. Il est donc logique de penser que la perforation est ancienne, elle remonte donc sans doute au début de l'augmentation de volume de l'abdomen, soit trois ans environ. Cette perforation a été trouvée bouchée par une frange épiploïque. Selon un processus habituel en matière d'adhérence épiploï-

que, on peut penser que dès que la perforation s'est produite, l'épiploon est venu se coller à la mucocèle et qu'ensuite l'ossification (qui n'a absolument pas atteint la zone d'adhérence mais la circonscrit) s'est constituée. Là encore, le délai de trois ans est très plausible et reste valable si l'on admet au contraire que la perforation a succédé à l'ossification, dans ce cas un orifice se serait produit dans la paroi du kyste en un point faible délimité par un anneau osseux.

En se rapportant aux données d'expérience clinique, nous avons dégagé une impression plus qu'une certitude sur la vitesse d'évolution relative des deux affections (carcinoïde et mucocèle). Dans toutes les observations de carcinoïde que nous avons étudiées, il paraît que l'affection ne se manifeste que très tardivement, que l'extension se fait de proche en proche avec une grande lenteur, que la période silencieuse de l'affection est très longue. Par contre, dans les observations de mucocèle, il paraît que les troubles révélateurs sans être précoces, apparaissent assez vite, qu'une dilatation kystique devient palpable dans la fosse iliaque en quelques mois et que les accidents de perforation ne sont pas très tardifs.

Il s'agit donc en définitive : d'un carcinoïde suivi d'une mucocèle qui s'est perforée, la perforation s'est spontanément obturée, enfin est survenu le pseudomyxome du péritoine.

HISTOGENESE DU CARCINOIDE ET PATHOGENIE DE LA MUCOCELE ET DU PSEUDOMYXOME

L'étiologie et la pathogénie des trois affections que nous avons envisagées sont à bien des égards, encore imprécises.

On sait la difficulté avec laquelle le carcinoïde s'est distingué du groupe des tumeurs malignes, mais nous n'avons pas de preuves suffisantes pour pouvoir donner à cette affection un cadre étroit et définitif. Plusieurs théories ont été proposées.

HISTOGÉNÈSE.

La théorie endocrinienne, basée sur l'aspect histologique de la lésion, très comparable à la structure des glandes à sécrétion interne, aucune autre preuve ne vient confirmer cette hypothèse (thèse de FOUCHE, Paris, 1915).

La théorie histogénique, faisant de la lésion un adénome. HANON a insisté sur ce point, c'est un adénome bénin, sans retentissement sur l'organisme.

La théorie pigmentaire, faisant de la carcinoïde, à cause de ses cellules chromophiles, une formation semblable au noevus et dont l'origine est aussi mystérieuse.

La théorie nerveuse (MASSON) qui trouverait une communauté d'origine avec le névrome, le carcinoïde étant une discytogénèse du sympathique intestinal. Cette théorie aurait l'avantage de pouvoir, dans le cas qui nous occupe, donner une explication de la mucocèle associée, par un processus du trouble fonctionnel des cellules appendiculaires du territoire correspondant au carcinoïde.

PATHOGÉNIE DE LA MUCOCÈLE.

La mucocèle qui semble n'être qu'un kyste a pour beaucoup, une cause évidente : l'oblitération de l'appendice à sa base, provoquant une accumulation du mucus secrété normalement par la muqueuse intestinale. Cette notion a fait envisager une théorie mécanique.

Soit une *théorie mécanique* pure, résumée par BRENNAN S. CRAN après ELBE, (coudure ou torsion de l'organe; présence d'un corps étranger; calcul ou parasite; ou comme dans notre observation : carcinoïde oblitérant la lumière de l'organe). Cette théorie est appuyée sur l'expérimentation car la ligature de la base de l'appendice peut provoquer l'apparition d'une mucocèle, expérience de NAESLUND et thèse de DOUZAIN (Nancy, 1924). Mais, SAPPEY a découvert des oblitérations spontanées qui « n'avaient entraîné aucune suite fâcheuse », de plus, certaines ligatures de DOUZAIN n'ont pas engendré de mucocèle. Enfin, DELARUE cite plusieurs cas indiscutables ou « c'est par un segment d'appendice normal, évidemment perméable que nous avons vu le coecum relié au kyste muqueux sous-jacent ».

Soit une *théorie mécanique d'origine inflammatoire*, qui, par un processus d'appendicite chronique amènerait une oblitération de la lumière appendiculaire, ramenant en somme l'explication à la théorie mécanique pure.

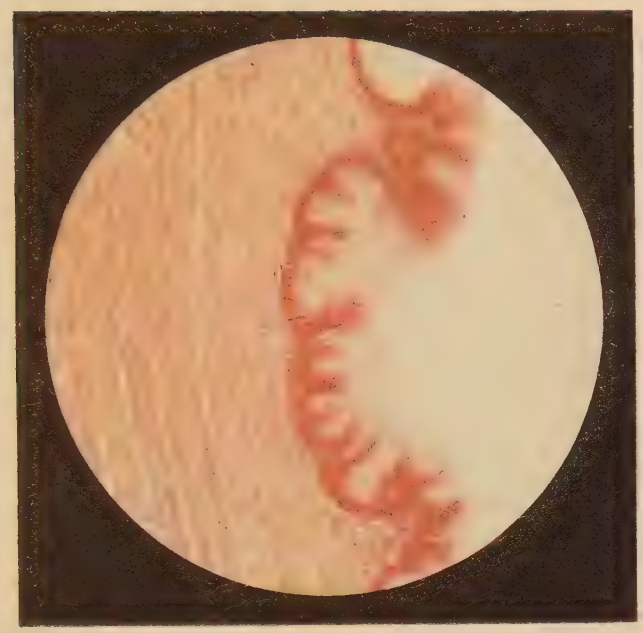


Fig. XI

Fig. XII

Mais cette inflammation est plus difficile à admettre puisque nous savons que le contenu du kyste est en règle stérile (recherches de QUÉNU, LECÈNE, LANZ et TAVEL).

Soit une *théorie mécanique involutive,* basée sur le fait que la lumière de l'appendice se rétrécie à mesure que le sujet vieilli, mais la mucocèle n'est pas, de loin, l'apanage des sujets âgés.

Ces théories sont battues en brèche par une hypothèse de DELARUE (*Semaine des Hôpitaux,* 1942) qui propose une théorie nerveuse, celle-ci est d'autant plus intéressante que, dans notre observation, si on admet la théorie nerveuse du carcinoïde, il y aurait là une illustration macroscopique de cette explication, nous citons DELARUE pour ce point particulier :

« Sans nier l'importance du facteur mécanique,
« (notamment dans la génèse des diverticules muqueux
« étudiés par LECÈNE et PELTIER), nous devons recon-
« naître que les conditions déterminantes des kystes
« muqueux de l'appendice ne peuvent être précisées par
« une explication aussi simpliste. Tout se passe comme
« si l'accumulation de mucus dans un appendice dis-
« tendu résultait de deux facteurs associés et simul-
« tanés, une hypercrinie intense de glandes à mucus et
« une distension extrême de la tunique musculaire d'un
« segment ou de la totalité de l'organe. Or, ces deux
« facteurs convergents peuvent être réunis sous le chef
« d'une même notion physiologique exagérée, celle d'une
« incitation particulière des filets nerveux secrétoires,
« qui ont en même temps une action antagoniste de celle
« des constricteurs musculaires ».

Quant au pseudomyxome péritonéal consécutif à la mucocèle de l'appendice, nous allons voir qu'il est difficile d'admettre qu'il n'est qu'un écoulement intra-abdo-

minal du contenu du kyste appendiculaire puisque ce kyste n'est pas toujours perforé comme on l'avait cru généralement.

En effet, macroscopiquement, les auteurs sont d'accord pour admettre que, lorsqu'il y a perforation de la mucocèle, à de rares exceptions près, ils ont trouvé celle-ci oblitérée. Dans notre cas, il y avait une perforation de la taille d'une pièce de cinquante centimes, elle était oblitérée par une frange épiploïque. HARTMANN et BINET la trouvent dix-neuf fois sur vingt-cinq observations.

Mais d'autres observations sont formelles, il y avait un pseudomyxome et les examens histologiques les plus soigneux n'ont pas permis de trouver le moindre orifice, même microscopique, sur toute l'étendue de la surface du kyste de l'appendice.

LEJARS, dès 1912, notait l'inconstance de la perforation, se basant sur les examens histologiques de BRODEN et de RUBENS-DUVAL et DELARUE cite quatre cas indiscutables qu'il lui a été donné d'examiner.

Nous voyons donc que le pseudomyxome semble bien être autre chose que l'épanchement intra-abdominal du contenu du kyste, c'est là le seul point que nous préciserons dès maintenant.

LEJARS, en 1912, puis MONOD et VUILLIEME, en 1931 ont posé les premiers points d'une théorie cellulaire où le péritoine, soit par greffe de cellule appendiculaire, soit par transformation de certaines cellules, pourrait engendrer le pseudomyxome. TROTTER, qui abonde dans ce sens, pense que les cellules trouvées dans les myxomes ont trois origines possibles :

« — l'épithélium bordant de l'appendice,
— les cellules endothéliales du péritoine,
— les phagocytes qui ont émigré pour digérer les tissus hétérogènes ».

Fig. XIII

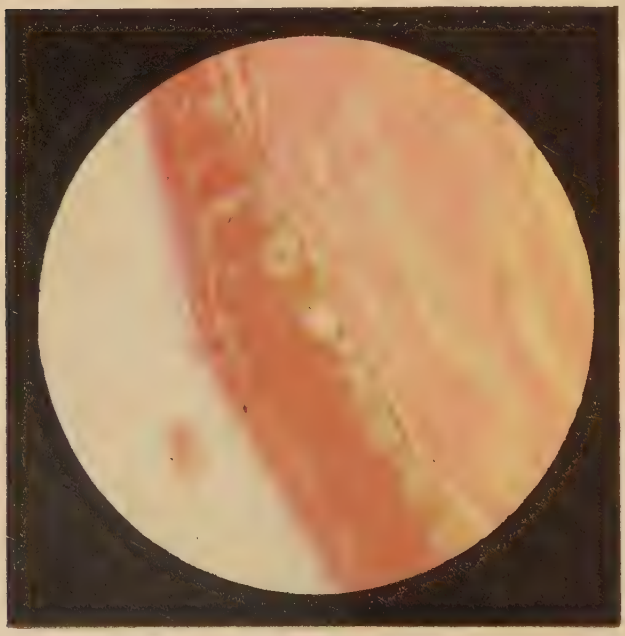


Fig. XIV

Les changements du péritoine représentent alors un essai de la part de celui-ci de chasser ou d'absorber les matériaux anormaux, n'est-ce pas là un premier pas vers la théorie de DELARUE ? Nous le pensons et nous conclurons avec cet auteur :

— « C'est là l'apparence d'une métaplasie fonctionnelle en quelque sorte, traduite par des modifications morphologiques radicales. La mucocèle appendiculaire et le pseudomyxome du péritoine paraissent en somme le résultat de troubles régionaux profonds de la vie tissulaire touchant l'élaboration du mucus... il n'est pas interdit de penser que certaines influences neuro-végétatives jouent un rôle important dans la genèse de tels troubles. On peut trouver dans ces faits de précieux enseignements pour l'interprétation d'autres affections ».

C'est en cela que réside l'intérêt majeur de cette étude.

INTERPRETATION CLASSIQUE

De l'étude pathogénique qui précède, nous voyons que l'interprétation classique de notre observation, (loin de celle que nous allons envisager et que l'on entrevoit déjà à la lumière des idées de DELARUE) serait la suivante.

La mucocèle provient de l'oblitération de la lumière appendiculaire derrière laquelle s'accumule les secrétions de la muqueuse de cet organe, cette sécrétion étant continue, les produits élaborés ne trouvent plus leur évacuation normale vers le coecum dans un appendice perméable, elle distend de plus en plus le segment isolé par l'oblitération; cette distension amène une modification de la paroi du kyste ainsi formé qui tend à n'être plus limité que par une simple membrane, qui sous l'effet de la tension finit par se fissurer, se perforer, cette perforation donnant issue dans la cavité péritonéale au liquide du kyste, d'où le pseudomyxome.

Quant à la cause de l'oblitération de l'appendice, elle semblerait manifeste dans notre cas puisque la lumière est virtuelle au niveau du carcinoïde. Ce serait donc elle qui aurait déclenché par sa seule présence l'oblitération de l'organe puisque le carcinoïde, du moins à ses débuts est sous la musculeuse tonique et refoule la muqueuse moins rigide vers la lumière jusqu'à complète oblitération.

Cette interprétation coïncide en tout point avec l'ordre chronologique des faits que nous avons essayé d'établir.

Mais plusieurs points nous paraissent extrêmement contestables :

— En premier lieu, le fait que le pseudomyxome ne serait que le liquide écoulé du kyste après sa perforation. En effet, contre cette interprétation nous avons dans notre observation deux éléments qui sont de valeur, d'une part que l'ascite s'est reproduite alors que la malade était opérée, c'est donc que le péritoine à lui seul a reconstitué le pseudomyxome, puisque la mucocèle et tout l'appendice était enlevé, d'autre part que l'examen histologique nous a montré que des cellules mucipares se trouvaient dans le péritoine qui, normalement, n'en comporte pas.

En second lieu que la mucocèle soit le seul résultat de l'oblitération de l'appendice. En effet, comment expliquer la contexture de la paroi du kyste, constitué par la seule distension d'un organe où s'accumule le mucus secrété. Ce serait admettre deux réponses différentes à une même incitation selon qu'il s'agit de la muqueuse ou des autres tuniques de l'appendice. Il semble que cela soit en absolue contradiction avec les données de la pathologie générale des tissus. Pourquoi, dans notre cas comme d'ailleurs dans tous les cas de kyste de l'appendice examinés, il se produirait une disparition progressive de tous les constituants de l'appendice, sauf des cellules à mucus qui, elles, prolifèreraient et seraient le siège d'une activité accrue.

En troisième lieu, le pseudomyxome s'étant reproduit après l'intervention, il semble vraisemblable que les cellules péritonéales ayant subi une certaine incitation ont continué leur sécrétion bien que l'incitation ait disparue, mais comme la cause de cette incitation (nous verrons qu'on peut l'attribuer au carcinoïde) était supprimée, les cellules sont à nouveau transformées et, quelques mois après l'opération, ont cessé leur travail secrétoire.

ESSAI DE PATHOGENIE
(Théorie de Delarue)

Notre Maître, DELARUE propose l'explication suivante que nous argumenterons chemin faisant.

Contrairement à ce que l'on pense habituellement, la mucocèle est le résultat d'une sollicitation particulière des cellules mucipares de la muqueuse appendiculaire. Cette sollicitation semble être d'ordre nerveuse, en effet, on sait que le sympathique intestinal a une double action, l'une sur la partie secrétrice de la muqueuse, l'autre sur la partie musculaire de l'organe, il est donc possible qu'un dérèglement nerveux sympathique provoque à la fois une hypercrinie muqueuse et une atrophie ou plutôt une dissociation des fibres musculaires telle qu'on les constate habituellement et particulièrement dans notre cas.

Cette modification sympathique a été passée sous silence jusqu'alors, mais on constate dans notre cas une tumeur de MASSON, qui selon une opinion très répandue serait une tumeur nerveuse, un neurome spécial du sympathique intestinal. A l'appui de cette théorie, nous nous rapportons aux arguments de MASSON qui sont généralement admis.

Pourquoi dès lors, ne pas considérer que, non seulement pour une fois dans notre cas, mais encore dans un nombre de cas plus répandus qu'on ne le pense habituellement, avec les observations de DELARUE et de

WIENNER où la lésion sympathique est macroscopiquement manifeste, c'est elle qui est la cause première de la mucocèle ?

Cela d'ailleurs ne va pas à l'encontre des expériences qui ont été faites sur l'animal, par DAMBRIN, par exemple, et d'autres avant lui (NAESLUND, etc...) qui ont rencontré une certaine difficulté à provoquer la mucocèle, celle-ci ne survenant après ligature de l'appendice que si cette ligature présentait certains caractères de siège et un certain degré de striction. Nous pensons que cette ligature pour être efficace devait avoir un effet sur l'innervation de l'organe, provoquant un trouble du sympathique autonome, avec comme conséquence l'apparition de la mucocèle. D'autre part, la mucocèle expérimentale ne s'est jamais accompagnée de pseudomyxome, alors que ce pseudomyxome peut logiquement découler de la théorie que nous défendons, car en se rapportant à notre observation, on constate que le carcinoïde que nous considérons comme cause première des troubles constatés a atteint le méso-appendice, ce qui implique une lésion nerveuse sympathique extra-appendiculaire engendrant les mêmes troubles sur le péritoine que ceux constatés dans la muqueuse de l'appendice, ces troubles étant nettement caractérisés par l'examen histologique puisqu'il existe de véritables formations villeuses de glandes à mucus sur le péritoine.

Cette explication est conforme à l'adage qui veut que la pathologie soit « une ». Cela est un argument qui pourrait paraître bien léger à certains et permettrait ainsi de réfuter notre interprétation du pseudomyxome, nous apportons donc d'autres arguments.

Le pseudomyxome est bien une maladie du péritoine, LEJARS l'avait déjà nommée « Maladie gélatineuse ». Il suffit pour s'en persuader de considérer que le pseudomyxome survient dans d'autres circonstances qu'à la suite de mucocèles appendiculaires, nous l'avons déjà exposé et l'on sait que c'est une maladie coexis-

tant parfois avec les kystes de l'ovaire sans que ceux-ci soient perforés. En effet, la perforation est un épiphénomène qui ne peut expliquer la formation du pseudomyxome, car nous l'avons aussi déjà précisé, la perforation est tout à fait inconstante et lorsqu'elle existe elle est presque toujours obturée, elle ne permet pas dans ces cas d'admettre la simple migration de cellules mucipares de l'appendice et leur greffe sur le péritoine comme certains l'ont prétendu.

D'ailleurs, si LEJARS, puis MONOD et WUILLIEME ont évoqué cette possibilité, ils supposaient qu'il s'agissait soit d'une greffe de cellules, soit d'une transformation de certaines cellules, ce qui est un premier pas vers notre théorie et, TROTTER qui reprend ce point de vue émet, comme nous l'avons déjà exposé, l'hypothèse que les cellules qui seraient modifiées dans leur rôle, seraient des cellules endothéliales du péritoine.

Nous avons donc exposé au cours de notre travail un faisceau d'arguments tendant à infirmer la théorie pathogénique classique et nous pensons que les arguments que nous avons émis, constituent dans l'état actuel de nos connaissances, des raisons plausibles pour expliquer les lésions de notre malade : le trouble neurosecrétoire qui s'est produit dans la région appendiculaire a engendré la mucocèle par les modifications d'innervation des cellules mucipares qu'elle implique et ce phénomène s'est produit d'abord sur la muqueuse appendiculaire (mucocèle) ensuite sur la séreuse péritonéale (pseudomyxome). C'est ce que, dans la mesure de nos faibles moyens, nous avons essayé de prouver.

CONCLUSIONS

Pris séparément, les carcinoïdes et les mucocèles de l'appendice sont des affections rares mais dont les statistiques nous montrent qu'elles ne sont pas exceptionnelles, leur concomitance est plus rare.

Le pseudomyxome du péritoine est aussi une affection rare qui survient encore plus rarement, comme complication de la mucocèle appendiculaire.

Mais ces affections sont bien connues, elles ont été définies macroscopiquement et microscopiquement par des travaux échelonnés sur la fin du XIX[e] siècle et la première moitié du XX[e] siècle.

Si différentes qu'elles soient à ces points de vue, elles ont en commun leur symptomatologie fruste, (elles passent bien souvent inaperçues et ne sont souvent que des découvertes opératoires) ainsi que leur évolution bénigne qui, spontanément, n'entraîne des troubles que tardivement ou par la survenue d'une complication, et pour lesquelles l'opération amène en règle la guérison.

Nous avons étudié un cas exceptionnel où les trois affections étaient réunies chez une même malade, chacune se présentait avec tous les caractères classiques que nous avons définis, et la discussion des théories pathogéniques qui ont déjà été émises permet d'envisager comme possible une cause neuro-secrétoire qui expliquerait l'enchaînement chronologique du carcinoïde puis de la mucocèle et enfin du pseudomyxome péritonéal dont était affligée notre malade.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
MOULONGUET

Vu et Permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. ROUSSY

NOTE STATISTIQUE

Nos recherches bibliographique nous ont montré que chacun des affections étudiées est rare. En effet, la littérature mondiale a décrit :

— 270 carcinoïdes avant 1927 (thèse de MICHOT, Paris, n° 66) et nous avons relevé 189 carcinoïdes publiés depuis;

— 48 mucocèles avant 1924 (thèse de PELTIER, Paris, 1924, n° 260) et nous avons relevé 88 mucocèles publiées depuis;

— 90 pseudomyxomes *d'origine appendiculaire,* avant 1934 (article de RIGNEY D'AULNOY et Archie FINE, *American Journal of Cancer,* sept. 1934) et nous avons relevé 54 pseudomyxomes publiés depuis.

BIBLIOGRAPHIE

THÈSES

1893 LAFFORGUE. — Cancer de l'appendice. (Lyon).

1897 FABRE. — Appendicite à forme néoplasique. (Paris).

1899 BERAT. — (Paris).

1901 AZY. — Tumeur de l'appendice. (Lyon).

1901 MELIKIAN. — Appendicites à forme néoplasique. (Paris).

1901 KERAMBRUN. — Contribution à l'étude des kystes appendiculaires et para cœcaux. (Paris).

1902 DREYFUSS. — (Lyon).

1903 RICHARD. — (Paris).

1903 CLAUDE. — (Paris).

1905 DUBOS. — Appendicite kystique — Bactériologie. (Paris).

1906 ARMENGAU. — Appendicite sénile. (Toulouse).

1906 AUBRY. — (Paris).

1906 VIGNARD. — (Toulouse).

1906 GAND. — Appendicite chez les sujets âgés. (Lyon).

1907 ESCOFFIER. — Du cancer de l'appendice et en particulier du cancer primitif de l'appendice hernié. (Lyon).

1908-9 LE PRIOL. — Le Cancer primitf de l'appendice vermiforme du cœcum. (Paris, n° 13).

1911 KEMHADJIAN. — Le cancer de l'appendice iléo-cœcal. (Paris, n° 82).

1913 PALAYER. — De l'hydro appendicitose. (Lyon).

1915 FOUCHE. — L'appendice possède-t-il une fonction endocrine. (Paris).

1917-18 PETIT. — Sur un cas d'appendicite chronique avec pseudomyxome diverticulaire. (Bordeaux, n °12).

1920 HYVERNAND. — Le pseudomyxome d'origine appendiculaire. (Paris).

1920-21 DELTEIL. — Kystes fibromateux. (Toulouse, n° 10).

1922-23 NICOLAI. — Contribution à l'étude des Hydro-appendices. (Montpellier).

1923-24 DOUZAIN. — Dilatation kystique de l'appendice. (Etude expérimentale. Nancy, n° 260).

1924 PELTIER. — Kystes et diverticule de l'appendice. (Paris).

1925 DE MARSILLAC. — (Bordeaux).

1926 DEROCQUE. — Endométriomes de l'appendice. (Paris).

1927 MICHOT. — Cancer de l'appendice. (Paris, n° 66).

1928 MAKARAVIEZ. — (Paris).

1931 BRUYERE. — (Lyon).

1932-33 PRUVOST. — Appendicite tumeur. (Lyon).

1935 LEBENSART. — Cancer, étude clinique. (Paris, n° 272).

1938-39 GELY. — Formes tumorales. (Montpellier, n° 38).

1939 LANDAU. — Endométriome. (Paris, n° 1149).

1939 LITMAN. — Adéno-carcinome et carcinoïde de l'appendice. (Paris, n° 612).

1939 RECK. — Carcinoïdes. (Strasbourg, n °109).

1939-40 GODLEWSKI. — Fluxions appendiculaires. (Montpellier, n° 96).

1942 COURTADON. — Tumeurs. (Strasbourg, n° 13).

1944 ANDREANI. — Tumeurs (6 cas). (Paris, n° 466).

Publications

Note. — Pour la bibliographie antérieure à 1927 se reporter aux thèses citées précédemment et spécialement à celle de Michot, Paris, 1927, n° 66.

Abbeloos (H.). — Maladie gélatineuse du péritoine (pseudomyxome) kyste de l'ovaire et mucocèle de l'appendice — deux cas. (*J. de chir.* et *Ann. Soc. Belge de Chir.*, 32-34, p. 245-251, mai 1935).

Abdenski (S.). — Kyste. (*Polska gaz. lik.*, 15, p. 143-145, 23 février 1936).

— Mucocèle cas. (*Zentralbl. f. chir.*, 63, p. 1717-1720, 18 juil. 1936).

Aguilar (C.). — Traitement opératoire du cancer. (*Bol. Soc. de chir. du Chili*, 4, p. 173-175, 27 oct. 1928).

Akerlund (A.). — Mucocèle, diagnostic radiologique. (*Acta. radiol.*, 17, p. 594-601, 1936).

Alberti (V.). — Pseudomyxome du péritoine d'origine appendiculaire. (*Policlino (sez. chir.)*, 38, p. 265-277, juin 1931 et *Arch. d. att. d. Soc. Ital. di chir.*, 37, p. 863-865, 1931).

Alleman (R.). — Lésions organiques chez des psychiques, 4 cas. (*Ztschr. f. Vro.*, 31, p. 670-680, 1937).

Allen (S.). — Cancer chez une fille de 19 ans. (*M. T. Australia.* 1, p. 467, 15 avril 1933).

Alt (L.). — Mucocèle simulant une appendicite aiguë, cas. (*Beur. z. Klin. chir.*, 156, p. 114-116, 1932).

Antoine (T.). — Pseudomyxome du péritoine, origine à l'appendice et à l'ovaire. (*Ztschr. f. geburtsh. U. gynak.*, 111, p. 37-53, 1935).

Anzilotti (G.). — Tumeur appendiculaire invaginée. (*Arch. ed. atti d. Soc. Ital. di chir.*, (1927), 34, p. 532-534, 1928).

Arrigoni (G.). — Pseudomyxome du péritoine dû au myxoglobulosis de l'appendice, cas. (*Gior. veneto di sc. med.*, 9, p. 141-145, mars 1935).

Asil, Mukbil, Atakam. — Pseudomyxome d'origine appendiculaire. (*Anadolu. Klin.*, 5, p. 91-92, 1937).

Atlas d'anatomie pathologique. — Mucocèle. (*Brit. J. Surg.* (sup.), 21, p. 333-356, février 1934).

Banzet (P.). — Appendicite à forme tumorale. (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 59, p. 8-11, 14 janvier 1933).

Barth (H.). — Neurome et carcinoïde, cas. (*Virchow's Arch. f. path. anat.*, 273, p. 62-81, 1929).

Baskin (M.-T.). — Kyste de l'appendice, cas. (*Colorado Méd.*, 25, p. 396-398, décembre 1928).

Baumecker (H.). — Pseudomyxomes du péritoine dans les appendicites chroniques. (*Ztschr. f. arztl. Fortbild.*, 24, p. 697-702, 1er nov. 1927).

Behrend (C.-M.). — Pseudomyxome du péritoine d'origine appendiculaire et ovarienne. (*Arch. f. Klin. Chir.*, 168, p. 651-657, 1932).

Behrend et Winston. — Adénocarcinome primaire. (*M. J. et Rec.*, 130, p. 272-274, 4 sept. 1929).

Bell (T.-F.). — Mucocèle, complication de la pathologie pelvienne. (*West. J. Surg.*, 43, p. 597-607, novembre 1935).

Bencini (B.). — Carcinoïde primaire, cas. (*Minerva méd.*, 2, p. 615-617, 3 novembre 1934).

Berger (J.). — Mucocèle énorme, cas. (*Mém. Acad. de Chirurg.*, 64, p. 1318-1325, 7 décembre 1938).

Biancheri (T.). — Kyste. (*Arch. ital. di Chirurg.*, 26, p. 730-741, 1930).

Birkenfeld (W.). — Myxoglobulosis de Von Hausemann et ileus étranglé, cas. (*Zentralbl. f. chir.*, 58, p. 210-213, 21 janvier 1931).

Bittmann (O.). — Myxoglobulosis, kyste muqueux de l'ovaire, péritoine intact. (*Arch. f. Klin. Chir.*, 194, p. 228-249, 1939).

Bizard (G.), Driessens (J.). — Sarcome massif. (*Ann. d'Anat. path.*, 13, p. 123-124, janvier 1936).

Malaisay (H.). — Sarcome. (*Rev. de Chirurg. de Paris*, 76, p. 195-219, mars 1938).

Blanc, Tortacin (J.). — Pseudomyxome d'origine ovarienne et appendiculaire. (*Clin. J. Lab.*, 20, p. 223-225, juillet 1932).

Blasi (de A.). — Etude expérimentale du mucocèle. (*Arch. ital. d. mal. d. app. diges.*, 6, p 916-940, 1937).

Blumenkopf (D.). — Cancer primitif vrai. (*Ztschr. f. Krebsforsch.*, 43, p. 182-194, 1935).

Bolker (H.) et Shapiro (A.-L.). — Cancer. (*New-korY State J. Med.*, 40, p. 219-220, 1er février 1940).

Bona (T.). Enorme myxome du ligament rond associé à un pseudomyxome appendiculaire, cas. (*Rev. de chir. Bucuresti*, 35, p. 388-397, sept.-oct. 1932).

Bose (H.). — Tumeur. (*Zentralbl. f. chir.*, 62, p. 1689-1692, 20 juil. 1935).

Boyko (P.-A.). — Pseudomyxome d'origine appendiculaire. (*Westnik Khir.*, 47, p. 81-83, 1936).

Brackertz (W.) et Goetze (H.). — Carcinoïde rare, cas. (*Chirurg.*, 7, p. 169-173, 15 mars 1935).

Branco-Ribeiro (E.). — Fréquence à Sao-Paulo. (*Ann. paulist. de méd. et chir.*, 25, p. 435-438, mai 1933).

— Adénomyome, cas. (*Ann. paulist. de méd. et chir.*, 27, p. 545-556, mai 1934).

Brenner (F.). — Pseudomyxome du péritoine d'origine appendiculaire. (*Mitt. a. d. Greuzglb. d. Med. U. Chir.*, 44, p. 642-648, 1937).

Bretschger (E.). — Carcinoïde, étude clinique et pronostic, cas. (*Deutsche Ztschr. f. chir.*, 249, p. 297-310, 1937).

Breuer (C.). — Apparition simultanée d'adénomyome de la trompe utérine, de kyste de l'ovaire et d'endométriome de l'appendice. (*Monatschr. f. Geburtsch. v. gynak.*, 85, p. 30-42, mai 1930).

Brown (B.-C.) et Mac Hardy (G.). — Mucocèle, cas. (*Clinics*, 3, p. 622-629, oct. 1944).

Bujnewitsch (K.). — Carcinoïde. (*Zentralbl. f. inn. Med.*, 58, p. 580-585, 10 juillet 1937).

Bunch (Golt.). — Mucocèle. (*Ann. Surg.*, 121, p. 704-709, mai 1945).

— Mucocèle. (*Tr. Sarith S. A.*, (1944), 56, p. 320-325, 1945).

Burgess (C.-M.). — Carcinoïde, cas. (*Proc. Staff. Meet. Clin. Honolulu*, 8, p. 5-7, mars 1942).

Busser (F.). — Nouveau cas de carcinoïde. (*Ann. d'anat. path.*, 7, p. 1000-1002, nov. 1930).

Cabot. — Cystadénome primaire de l'ovaire avec invasion de l'appendice. (*New-England J. Med.*, 212, p. 397-403, 28 février 1935).

Cagliardi (C.). — Mucocèle expérimentale. (*Gaz. enternaz. med. chir.*, 47, p. 611-620, 15 oct. 1937).

Caldarera (E.). — Mucocèle, cas. (*Riv. San. Siciliana*, 25, p. 759-766, 1er juillet 1937).

Calzdari (T.). — Mucocèle, étude clinique et anatomique. (*Gaz. internaz. med. chir.*, 46, p. 493-509, 15 sept. 1936).

— Etude expérimentale des kystes en rapport avec la pathogénie des mucocèles. (*Gaz. internaz. med. chir.*, 47, p. 4-15, 15 janvier 1937).

— Calcul non stercoral d'un appendice kystique, cas. (*Reforma med.*, 53, p. 1274-1279, 4 sept. 1937).

Campana (M.). — Myxoglobulosis, cas. (*Morgani*, 74, p. 1147-1149, 4 sept. 1932).

Capecchi (E.). — Sarcome primaire, cas. (*Policlinico (sez. chir.)*, 34, p. 153-164, avril 1927).

Carnelli (R.). — Observations cliniques et anatomo-pathologiques de lésions rares (carcinomes et sarcomes primaires). (*Arch. ital. di chir.*, 30, p. 158-201, 1931).

Cavina (C.). — Cancer primitif, 2 cas. (*Minerva med.*, 2, p. 16-17, 8 juil. 1937).

Castelton (K.-B.). — Tumeur, cas. (*Rocky Moutain M. J.*, 35, p. 712-713, sept. 1938).

Cestari (A.). — Pathogénie de la soi-disant myoxoglobulosis, expériences sur l'animal. (*Pathologica*, 24, p. 451-545, 15 juil. 1932).

Chafee (J.-S.) et Legrand (R.-H.). — Pseudomyxome. (*Arch. Surg.*, 45, p. 55-73, juillet 1942).

Charoche (H.). — Léiomyosarcome primaire. (*Am. J. Surg.*, 26, p. 357-361, novembre 1934).

Chiffettet (A.) et Scandroglio (J.). — Mucocèle, cas. (*Ann. Fac. de Méd. de Montéridéo*, 23, p. 669-676, 1938).

Chomet (B.). — Carcinome. (*Am. J. Clin. Path.*, 11, p. 447-451, août 1944).

Cleland (J.-B.) et Sleeman (J.-G.). — Pseudomyxome péritonéal d'origine appendiculaire et mucocèle de l'appendice. (*M. J. Australia*, 1, p. 7-21, 14 mai 1927).

Collins (D.-C.). — Polype adénomateux. (*S. clin. North America*, 12, p. 1063-1067, août 1937).

Corlis (W.-L.). — Néoplasme. (*M. J. Australia*, 1, p. 402, 21 mars 1936).

Cornillon (A.). — Kyste colloïde géant de l'ovaire avec kyste colloïde de l'appendice et fibrome utérin, cas. (*Gaz. Méd. de Mexico*, 64, p. 523-531, déc. 1933).

Correa (B.). — Carcinoïde de l'appendice iléo-coccal, cas. (*Rev. Brasil de méd. et pharm.*, 9, p. 217-222, 1933).

Correa (B.) et Paixas (I.), Desouza. — Carcinoïde, cas. (*Rev. Brasil de méd. et pharm.*, 9, p. 377-382, 1933).

Costa (L.). — Pseudomyxome, cas. (*Policlinico (sez. prat.)*, 45, p. 1482-1486, 8 août 1938).

Craig (P.-E.) et Fortner (C.-H.). — Mucocèle 6. (*J. Kansas M. Soc.*, 39, p. 92-95, mars 1938).

Cran (B-S.). — Mucocèle. (*Lancet*, 1, p. 395-397, 24 février 1934).

Crellen (T.-S.). — Fibrolipome simulant par sa forme et sa localisation une tumeur du rein droit; appendicite subaiguë. (*Surg. Gynec. Obst.*, 45, p. 152-145, août 1927).

Creyssel (J.) et Latayet (M.). — Mucocèle dans une hernie étranglée. (*Lyon chirurgical*, 37, p. 33-35, 1941-1942).

Dahl (B.). — Carcinoïde. (*Norsk. May. f. Laegevidensk.*, 90, p. 233-248, mars 1929).

Dambrin (L.). — Kyste. (*Gaz. des Hôp.*, 109, p. 53, 11 janv. 1936).

Dannreuther (W.-T.). — Mucocèle. (*Am. J. Obst. et Gynec.*, 31, p. 342-351, février 1936).

Dargent (M.) et Bérard (H.), Francillon (M.). — Appendice mésentérique avec cancer et kyste, cas. (*Lyon Chir.*, 36, p. 704-709, 1940).

Darnall (E.) et Kildaffe (R.-A.). — Cancer chez une fille de 20 ans. (*Am. J. Surg.*, 17, p. 63-65, juillet 1932).

D'aunoy (R.) et Fine (A.). — Pseudomyxome du péritoine d'origine appendiculaire, revue de la littérature et cas. (*Am. J. of Cancer*, 22, p. 59-65, sept. 1934).

Delarue. — Article cité.

Dell'oro (B.). — Carcinoïde, deux cas. (*Rev. de Cir. de Buénos-Aires*, 13, p. 24-39, janv. 1934).

Dell'oro (B.) et Marques (V.-M.). — Lymphosarcome, cas. (*Bol. Soc. de Cir. de Rosario*, 9, p. 226-232, juil. 1942).

Desjacques, Prost et Muller (B.). — Fibrome, cas. (*Lyon Méd.*, (163), p. 711-712, 18 juin 1939).

Dervey (J.-E.) et Wakman (J.-N.). — Mucocèle suivie d'obstruction partielle de la veine cave. (*J. Missouri M. A.*, 31, p. 227-229, juin 1934).

Dieker (W.). — Différences entre les pseudomyxomes d'origine appendiculaire et ceux d'origine ovarienne. (*Virchows Arch. f. Path. Anat.*, 282, p. 761-771, 1931).

Dietel (F.-G.). — Pseudomyxome péritonéal d'origine appendiculaire, cas. (*Zentralbl. f. gynak.*, 54, p. 2389-2393, 20 sept. 1930).

Dixon (C.-F.) et Deuterman (J.-L.). — Mucocèle. (*Proc. Staff. Med. Mayo Clin.*, 11, p. 647-848, déc. 1936),

Dordick (J.-R.). — Diverticule neurome et mucocèle. (*Arch. Path.*, 27, p. 735-741, avril 1939).

Doyle (J.-G.). — Mucocèle, 12 cas. (*West. J. Surg.*, 47, p. 515-521, sept. 1935).

Driessens (J.), Malatray (H.) et Paris (J.). — Métastase ovarienne d'un épithélioma. (*Ann. d'Anat. Path.*, 15, p. 668-675, juin 1938).

Easton (E.-R.). — Mucocèle géante avec appendicite aiguë. (*M. J. et Rec.*, 138, p. 463-466, 20 déc. 1933).

Echwood (W.-W.). — Carcinoïde, cas. (*Illinois M. J.*, 69, p. 171-174, février 1933).

Erland (L.-D.). — Mucocèle et neurofibrome. (*Zentralbl. f. chir.*, 67, p. 724-727, 20 avril 1940).

Espinosa (P.), Fernandez et Rodriquez (H.). — Cancer, cas. (*Rev. Méd. de Chili*, 72, p. 344-347, avril 1944).

Etchegoiry (F.). — Mucocèle au début, cas. (*Arch. Urug. de med. cir. y especialid*, 13, p. 203-210, août 1938).

Ewald (F.-K.). — Endométriome. (*Ztschr. f. geburtsch. und Gynak.*, 108, p. 376-381, 1934).

Fairbain (J.-S.) et Sims (T.-H.). — Pseudomyxome du péritoine associé à un kyste de l'ovaire, rompu et lésion appendiculaire. (*Proc. Roy. Soc. Méd.* (*Sec. Obst. et Gynacco*), 21, p. 8-13, janv. 1928).

Fana (C.). — Mucocèle. (*Clin. Obst.*, 42, p. 9-14, janv. 1940).

Fein (M.-J.), Hanan (J.-H.) et Seidler (V.-B.). — Neurome. (*Am. J. Surg.*, 39, p. 27-30, janvier 1938).

Fernandez (M.). — Pathogénie du myxoappendice. (*Arch. ital. di chir.*, 52, p. 55-68, 1938).

Fernicola (C.) et Palazzo (R.). — Mucocèle, traitement. (*Bol. y trab. de la Soc. de Cir. de Buenos-Aires*, 21, p. 521-527, 28 juin 1937).

Fogliani (V.). — Cancer et mucocèle. (*Boll. de Soc. med. Chir. di Modena*, 31, p. 31-47, 1932).

Fontanesi (E.). — Myxolipome, cas. (*Policlinico (sez. chir.)*, 45, p. 454-469, oct. 1938).

Frauenthal (M.) et Grausman (R.-I.). — Cancer primitif, cas. (*Ame. J. Surg.*, 19, p. 118-119, janv. 1933).

Fruci, Aubert (L.). — Kyste, cas. (*Rev. Mex. de cir gynec. y cancer*, 6, p. 389-391, août 1938).

Fudjirmura (S.). — Relations génétiques entre soi-disant carcinoïde et cellules argentaffines. (*Tr. Soc. path. Jap.*, 23, p. 609-611, 1933).

Gardaschian (N.-M.). — Myxoglobulosis de l'appendice. (*Russk. Klin.*, 7, p. 400-405, mars 1927).

Gauthier-Villars (P.) et Lamy (Marthe). — Endométriome. (*Pres. Méd.*, 47, 423-226, 18 mars 1939).

— Endométriome. (*Ann. d'anat. path.*, 16, p. 189-197, fév. 1939).

Genz. — Carcinoïde, cas. (*Munchen med. Wochnschr.*, 74, p. 2216, 30 déc. 1927).

George (A.-V.-H.). — Carcinoïdes. (*Am. J. clin. Path.*, 4, p. 297-300, mai 1934).

Gerbatsch (G.). — Deux lésions inhabituelles, carcinoïde et mucocèle. (*Beitr. z. Klin. chir.*, 154, p. 164-170, 1931).

Gey (R.). — Appendicite fibroblastique et tumeur du mésentère, diagnostic. (*Deutsch. Ztschr. f. Chir.*, 199, p. 341-436, 1926).

Giles (R.-C.). — Mucocèle, cas. (*Mil Surgeon*, 96, p. 507-509, juin 1945).

Ginsberg (S.-T.), Sollod (B.-W.), Wilcox (E.-A.). — Carcinoïde. (*M. Bull. Vet. admin.*, 18, p. 309-312, jan. 1942).

Gluckmann (F.). — Carcinoïde. (*Ann. d'anat. path.*, 16, p. 1060-1064, 1940).

Goinard, Maire et Le Genisset. — Mucocèles, étude radiologique. (*Bul. et mém. Soc. électro-radio. méd. de France*, 27, p. 509, 512, juil. 1939).

Gridnev (A.). — Kystes, 2 cas. (*Arch. f. Klin. chir.*, 165, p. 752-757, 1931).

Grodinski (M.) et Rubtniz (A.-S.). — Mucocèle, cas. (*Surg. Gynec. et Obst.*, 73, p. 345-334, sept. 1941).

— Mucocèle expérimentale. (*Nebraska M. J.*, 27, p. 201-205, juin 1942).

Gucci (G.). — Pseudomyxome péritonéal d'origine appendiculaire, cas. (*Arch. ital. di chir.*, 28, p. 524-530, 1931).

Guillemin (A.) et Baur. — Carcinoïdes, 2 cas. (*Bull. et mém. Soc. Nat. de Chir.*, 60, p. 598-602, 5 mai 1934).

Guttman (P.-E.). — Mucocèle, cas. (*M. Ric.*, 144, p. 550-553, 16 déc. 1936).

Hall (D.-P.). — Mucocèle avec une masse dans le coecum. (*Internat. J. Med. et Surg.*, 47, p. 162-172, avril 1934).

— Pseudomyxome péritonéal venant d'une mucocèle perforée. (*South. Surgeon*, 10, p. 264-270, avril 1941).

Hamilton (T.). — Carcinoïde. (*M. J. Australia*, 2, p. 1086-1087, 18 déc. 1937).

Hardouin (P.). — Cancer, cas. (*Bul. et mém. Soc. nat. de chir.* 60, p. 491-494, 24 mars 1934).

Harville (L.-B.). — Carcinoïdes à Vancouver. (*Bull. Vancouver M. A.*, 19, p. 17-20, octobre 1942).

Heafley (T.-F.). — Mucocèle hémorragique. (*J. A. M. A.*, 112, p. 1935-1936, 13 mars 1939).

Heine (J.). — Appendicite développée sur un adénocarcinome, cas. (*Zentralbl. f. chir.*, 62, p. 2601-2603, 2 nov. 1935).

Heinsheimer (S.). — Appendicite fibreuse et invagination de l'appendice dans le coecum. (*Zentralbl. f. chir.*, 60, p. 795-797, 8 avril 1933).

Hellen (von A.). — Carcinoïdes, 3 cas. (*Duodecine*, 54, p. 1047-1060, 1938).

Hellner (H.). — Relations entre neurome et carcinoïde. (*Zentralbl. f. chir.*, 60, p. 2293-2302, 30 sept. 1933).

Henrichsen (J.). — Carcinoïde de l'appendice et perforation du diverticule de Meckel. (*Hospitalstid*, 79, p. 320-324, 31 mars 1936) et (*Pres. Méd.*, 43, p. 1979-1960, 7 déc. 1935).

Hentz (V.-G.). — Myxoglobulosis (Von Hausemann). (*Ann. Surg.*, 96, p. 456-459, sept. 1932).

Hobart (M.-H.) et Nesschod (J.-P.). — Carcinome primitif de l'appendice avec épanchement gélatineux, cas. (*J. A. M. A.*, 100, p. 1930-1931, 17 juin 1933).

Hollosi (K.). — Tumeur. (*Orvosi hétil.*, 80, p. 864-868, 12 sept. 1936).

Hollstrom (E.). — Myxoglobulosis. (*Acta. Chir. Scandinav.*, 85, p. 347-359, 1941).

Holten (R.-R.). — Cancer. (*Ann. Surg.*, 90, p. 1110-1113, décembre 1929).

Holtz (F.). — Mucocèle. (*Hygiena*, 98, p. 121-123, 29 fév. 1936).

Hoog (T.). — Maladie de Recklinghausen associée à un fibrolipome de l'appendice. (*Brith. M. J.*, 2, p. 490, 15 sept. 1928).

Hopping (R.-A.), Dockerty (H.-B.), Masson (J.-C.). — Carcinoïde étendu. (*Arch. Surg.*, 45, p. 613-623, octobre 1942).

Hornung (R.). — Deux cas de tumeur primitive de l'appendice avec métastase à l'ovaire, l'un de cancer, l'autre de pseudomyxome. (*Zentralbl. f. gynak.*, 52, p. 1630-1634, 30 juin 1928).

Hosoi (K.). — Appendicite neurognique. 25 cas de neuromes appendiculaires. (*Am. J. Surg.*, 22, p. 428-446, décembre 1933).

— Neuromatose. (*Arch. Path.*, 16, p. 500-509, octobre 1933).

Howard (R.-N.). — Cancer et appendicite aiguë. (*Mit. Australia*, I, p. 933-934, 28 mai 1938).

Hueper (W.-C.). — Myxoglobulosis. (*Am. J. Surg.*, 8, p. 1083-1085, mai 1930).

Imperati (L.). — Myxo-appendicite, revue. (*Reforma med.*, 52, p. 181-186, 8 fév. 1936).

Ireland (I.). — Granulome et carcinoïde de l'appendice chez l'enfant, cas. (*J. Pédiat.*, 4, p. 307-314, mars 1934).

Izsiglei (F.-J.). — Mucocèle suivie de pseudomyxome, cas. (*Zentralbl. f. chir.*, 58, p. 408-413, 14 fév. 1931).

Jackson (A.). — Mucocèle, cas. (*Wisconsin M. J.*, 35, p. 635, août 1936).

Jaffe (R.). — Paraffinome. (*Deutsch. Med. Wchnschr.*, 60, p. 508-509, 6 avril 1934).

Jeffries (J.-W.). — Pseudomyxome du péritoine (2 cas chez l'homme). (*Ann. Surg.*, 96, p. 215-218, août 1932).

Jerka (E.-J.) et Scuden (C.-S.). — Mucocèle. (*Illinois M. J.*, 73, p. 57-58, janvier 1938).

Jones (T.-E.) et Carmody (M.-G.). — Deux cas de mucocèle. (*Am. J. Surg.*, 32, p. 511-515, juin 1936).

Jones (C.-P.). — Carcinoïde du grêle et de l'appendice. (*Am. J. Surg.*, 34, p. 294-299, nov. 1936).

Jorge (J.-M.), Latienda (R.-I.), Goni (I.), Moreno. — Pseudomyxomes, 2 cas. (*Arch. Soc. Argent. de Anat. norm. y pat.*, 1, p. 648-682, nov. et déc. 1939).

Jura (V.). — Tumeur simulée par une appendicite fibroblastique, cas. (*Zentralbl. f. chir.*, 62, p. 1067-1073, 4 mai 1935).

Juscev (G.). — Myxoglobulosis. (*Arch. ital. di anat. e. istol. pat.*, 1, p. 549-584, juil. et août 1930).

Jutras (A.). — Aspect radiologique de la mucocèle. (*Union méd. du Canada*, 67, p. 251-252, mars 1938).

Kanno (H.). — Mucocèles, 12 cas. (*Tainan Igakkai Zasshi* (*obst. Sect.*), 31, p. 29-30, mars 1932).

Kapintscheff (S.). — Tumeur. (*Zentralbl. f. chir.*, 66, p. 2654-2655, 23 déc. 1939).

Karavanov (G.-G.). — Myxoglobulosis de l'appendice. (*Vestnik. Khir.*, 34, p. 78-87, 1934).

Kembes (H.). — Pseudomyxome péritonéal d'origine appendiculaire. (*Deutsche Ztsch. f. chir.*, 237, p. 481-497, 1932).

King (E.-S.-J.). — Tumeur épithéliale. (*J. coll. Surgeons Australasia*, 2, p. 264-384, mars 1930).

Klein (F.). — Hémangiome solitaire, cas. (*Easop. lik. cesk.*, 75, p. 275-276, 28 fév. 1936).

Kleymann (L.-Y.). — Kyste. (*Novy. Khir. arkhiv.*, 44, p. 67-69 1939).

Kneflack (J.-G.). — Gangrène intestinale causée par l'inclusion d'un carcinoïde appendiculaire dans le mésentère. (*Zentralbl. f. chir.*, 57, p. 1714-1718, 12 juil. 1930).

Knox (G.). — Lymphosarcomes, 25 cas. (*Arch. Surg.*, 50, p. 288-292, juin 1945).

Koontz (A.-R.). — Myome. (*Ann. Surg.*, 89, p. 272-275, février 1929).

Kovalenko (N.-V.). — Appendicite fibroblastique, cas. (*Vestnik. Khir.*, 55, p. 482-485, avril 1938).

Kross (I.). — Mucocèle simulant un cancer. (*New-York State J. Med.*, 38, p. 1185, 1er sept. 1938).

Kukkowska (L.). — Endométriome et myxome. (*Strasbourg Médical*, 97, p. 195-197, 5 avril 1937) et (*Gynec. et Obst.*, 36, p. 48-52, juil. 1937).

Kung (C.-T.). — Mucocèle avec pseudomyxome, 3 cas. (*Chinese M. J.*, 51, p. 45-52, janvier 1937).

Kutz, Igarzabal (M.), Ferreiras (M. Fernandez). — Carcinoïde, cas. (*Gaz. Med. Espan.*, 18, p. 311-314, juil. 1944).

Laird (N.-R.) et Nolan (L.-E.). — Myxome, cas. (*Am. J. Surg.*, 56, p. 488-491, mars 1942).

— Signification des schwannomes. (*Am. J. Surg.*, 61, p. 418-420, sept. 1943).

Lastra (J.). — Polype, cas. (*Arch. de méd. inf.*, 5, p. 35-39, jan. et mars. 1936).

Latimer (E.-O.). — Mucocèle. (*Am. J. Surg.*, 47, p. 124-127, janvier 1940).

— Tumeur argentaffine maligne. (*Am. J. Surg.*, 54, 424-430, nov. 1941).

Lazarovic (V.). — Début de mucocèle, étude clinique. (*Zentralbl. f. chir.*, 55, p. 1877-1880, 28 juil. 1928).

Leadingham (R.-S.). — Carcinoïde. (*T. R. Chicago Path. Soc.*, 12, p. 308-310, 1er juin 1927).

Lebovitz (J.). — Carcinoïde. Kyste de l'ovaire rompu, cas. (*New-York State M. J.*, 37, p. 1431-1433, 15 août 1937).

Le Gac. — Pseudomyxome d'origine appendiculaire. (*Bul. et mém. Soc. de Méd. de Paris*, 141, p. 289-292, 24 avril 1940).

Lehmann (H.). — Appendicite aiguë chez le vieillard. (*Wien. Klin. Wchnschr.*, 40, p. 994-995, 4 août 1927).

Leonardini (P.) et Masciotta (R.-L.). — Traitement chirurgical de la mucocèle. (*Semana Med.*, 2, p. 238-240, 25 juillet 1929).

Leonardo (R.-A.). — Carcino primaire et carcinoïde. (*Am. J. Surg.*, 22, p. 290-294, nov. 1933).

Leriner (A.). — Carcinoïde, 3 cas. (*Acta. chir. Scandinav.*, 88, p. 443-452, 1943).

Levine (J.) et Marin (R.-A.). — Carcinome et schistosome, cas. (*J. Lab. et clin. méd.*, 20, p. 602-605, mars 1935).

Libert (E.) et Bloch (L.). — Kyste, cas. (*Arch. de mal. de l'app. digestif*, 25, p. 642-645, juin 1935).

Lichstenstein (B.), Ragins (A.-B.). — Ganglioneurome. (*Arch. Path.*, 24, p. 788-790, déc. 1937).

Lieblein (V.). — Mucocèle et pseudomyxome du péritoine d'origine appendiculaire, étude clinique. (*Beitr. z. Klin. Chir.*, 147, p. 179-199, 1929).

Lifvendahl (R.-A.) et Rier (E.). — Communication ouverte entre mucocèle et coecum. (*Am. J. Surg.*, 17, p. 270-274, août 1932).

Ligas (A.). — Carcinoïde. (*Reformo med.*, 53, p. 1095-1098, 31 juil. 1937).

Likes (L.-E.). — Kystes, trois cas. (*Colorado méd.*, 30, p. 327-332, sept. 1933).

Lillee (R.-D.) et Parcher (G.). — Cromyome, cas. (*Arch. Path. et Lab. Méd.*, 4, p. 34-35, juil. 1927).

Limito (C.). — Conditions nécessaires à la formation de la mucocèle. (*Méd. ital.*, 13, p. 642-648, 15 fév. 1933).

Lobello (F.). — Pseudomyxome d'origine appendiculaire chez une femme adulte, cas. (*Reforma Med.*, 51, p. 1678-1683, 2 nov. 1935).

Loe (A.-O.). — Carcinome de l'appendice, 1 cas. (*Northwest Med.*, 26, p. 60-61, février 1927).

Loven (L.-A.). — Gros kyste pseudomyxomateux causé par une obstruction carcinoïde. (*Acta chir. Scandinav.*, 69, p. 99-104, 1931).

Lozenzetti (C.). — Mucocèle et pseudomyxome, 2 cas. (*Clin. Chir.*, 33, p. 987-1020, sept. 1930).

Lozenzini (F.). — Kyste, cas. (*Gaz. internatz. med. chir.*, 46, p. 667-668, 30 nov. 1936).

Luquet (G.). — Carcinoïde, cas. (*Bul. et Mém. Soc. de Chir. Paris*, 23, p. 322-324, 15 mai 1931).

Lynch (R.-C.) et Dixon (F.-C.). — Mucocèle, cas. (*Proc. staff. Meet. Mayo clin.*, 18, p. 182-185, 16 juin 1943).

Machado (H.), Horta et Junqueira (M.). — Carcinoïde, cas. (*Revue de gynéc. et obst.*, 2, p. 121-128, août 1939).

Macqueen (R.-C.) et Shero (A.-G.). — Deux cas de cancer. (*Brit. J. Surg.*, 16, p. 628-632, avril 1929).

Magyery (G.). — Kyste, cas. (*Zentralbl. f. chir.*, 66, p. 1900-1902, 26 août 1939).

Marano (A.) et Prado (J.-M.). — Pseudomyxome, cas. (*Rev. Méd.*, 2, p. 401-405, 30 juin 1940).

Margulier (H.). — Symptomatologie des myxoglobulosis. (*Arch. f. Klin. chir.*, 174, p. 98-106, 1933).

Martinez, Guttierrez (M.). — Ganglioneuromatose. (*Rev. Méd. de Chile*, 71, p. 780-783, août 1943).

Masson (P.). — Carcinoïdes (tumeurs à cellules argentaffines) et hyperplasie nerveuse de la muqueuse appendiculaire. *Am. J. Path.*, 4, p. 181-212, mai 1928).

— Signification du stroma musculaire des tumeurs argentaffines (carcinoïdes). (*Am. J. Path.*, 6, p. 499-514, sept. 1930).

Masson (J.-C.) et Hamrick (R.-A.). — Pseudomyxome du péritoine provenant d'une mucocèle. (*Surg. Gynec. Obst.*, 50, p. 1023-1029, juin 1930).

Mayo (C.-W.). — Carcinome avec invagination, cas. (*Proc. Staff. Meet. Mayo clin.*, 8, p. 669-671, 8 novembre 1933).

Mayo (C. Jr., et Fauster (J.-V. Jr.). — Mucocèle, cas. (*Minnesota Med.*, 15, p. 254-256, avril 1932).

Mazzani (O.-F.), Brachetto (D.), Brian et Ballestrasse (A.). — Epithélioma cylindrique primitif, cas. (*Semana Med.*, 2, p. 2020-2034, 31 déc. 1931).

Mercharttе (F.-R.). — Carcinoïde, cas. (*Semana med.*, 2, p. 1018-1827, 3 oct. 1935).

Mesleney (F.-L.). — Pseudomyxome du péritoine, probablement d'origine appendiculaire. (*Ann. Surg.*, 103, p. 457-461, mars 1936).

Meyer (R.) et Rockstroh (H.). — Mucocèle et myxoglobulosis de l'appendice dans leurs relations avec le pseudomyxome du péritoine. (*Ztschr. f. geburtsh. v. gynak.*, 112, p. 125-143, 1936).

Miescher (W.). — Angiofibrome de siège appendiculaire donnant les symptômes d'appendicite. (*Schweiz. med. Wchnschr.*, 58, p. 286-289, 17 mars 1928).

Michaelsson (F.). — Pseudomyxome péritonéal d'origine appendiculaire, 2 cas. (*Acta. chir. Scandinav.*, 68, p. 37-58, 1931).

Mikhedko (V.-P.). — Pseudomyxome. (*Vrach. delo.*, 20, p. 889-892, 1937).

Milone (S.). — Endométriome. (*Arch. per la Sc. Med.*, 54, p. 449-472, juil. 1930).

Monjardino (P.). — Carcinoïdes, 4 cas. (*Arch. d'Obst. et Gynéc.*, 4, p. 121-142, sept. 1939).

Monod (R.-C.) et Vuillieme (J.). — Maladie gélatineuse (pseudomyxome) du péritoine d'origine appendiculaire. (*J. de chir.*, 38, p. 38-47, juil. 1931).

Montenegro (J.). — Neurome. (*Rev. inst.*, Adolfo Lutz, 2, p. 362-368, décembre 1942).

Montgomery (J.-G.) et Johnson (E.-T.). — Carcinome primaire et carcinoïde. (*J. Missouri M. A.*, 28, p. 215-220, mai 1931).

Montservat (J.-L.). — Carcinoïdes, 3 cas. (*Hosp. argent.*, 5, p. 285-293, 15 nov. 1934) et (*Rev. Assoc. med. argent.*, 48, p. 1343-1351, déc. 1934).

More (T.). — Carcinoïde. (*Brit. J. Surg.*, 26, p. 303-313, octobre 1938).

Morehead (R.-P.) et Woodruff (W.-E.). — Lymphome. (*Arch. Path.*, 40, p. 51-56, juillet 1945).

Morelli (M.). — Mucocèle suivie de pseudomyxome péritonéal. (*Pathologica*, 25, p. 86-87, 15 fév. 1933).

Morgan (J.-O.). — Deux cas de mucocèle. (*J. M. A. Alabama*, 7, p. 14-17, juillet 1937).

Morl (F.). — Carcinoïde. (*Beitr. z. Klin. Chir.*, 153, p. 71-86, 1931).

Moulonguet. — Pseudomyxome, mucocèle et kyste de l'ovaire, cas. (*Mém. Acad. Chir.*, 68, p. 244-246, 11 mars et 13 mai 1942).

Mousseau (J.-A.). — Changements morphologiques et topographiques du coecum du colon ascendant, avec l'appendicite chronique et la mucocèle appendiculaire. (*Union méd. du Canada*, 64, p. 1103-1113, sept. 1935).

Mossinger (M.) et Imbert (R.). — Diverticule d'une forme tumorale, cas. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 59, p. 798-800, mai 1933).

Muis (J.-B.). — Mucocèle causée par un carcinome du coecum au début. (*Lancet*, 1, p. 131, 17 janvier 1931).

Mullen (B.-P.). — Tumeur argentaffine, cas. (*Northwest Med.*, 38, p. 116-118, avril 1939).

Mulsav (F.-M.). — Mucocèle diverticulaire invaginée dans le coecum. (*Tr. Chicago Path. Soc.*, 13, p. 434-435, 1er juin 1931).

Muresan (I.) et Piree (F.). — Pseudomyxome du péritoine d'origine appendiculaire. (*Med. Klin.*, 29, p. 1445-1446, 20 octobre 1933).

Mutilva (A.-L.) et Galeano (F.). — Carcinoïde, cas. (*Semana med.*, 1, p. 273-275, 5 fév. 1942).

Myers (W.-H.) et Rominger (R.-F.). — Mucocèle. (*Am. J. Surg.*, 63, p. 362-367, mars 1944).

Naeslund (J.). — Pseudomyxome du péritoine d'origine appendiculaire. (*Upsala Lä karef. Forh*, 34, p. 1-218, 16 juin 1928).

Nagy (von G.). — Transformation de l'appendice dans le pseudomyxome péritonéal. (*Arch. f. gynäk.*, 153, p. 350-358, 1933).

Nanay (A.). — Carcinoïde. (*Magyyar arvosi arch.*, 38, p. 99-111, 1937).

— Kyste et pseudomyxome. (*Magyyar arvosi arch.*, 40, p. 139-158, 1939).

— Mucocèle. (*Beitr. z. Klin. chir.*, 171, p. 74-94, 1940).

Naverro (R.). — Cancer. (*An. inst. modelo de clin. med.*, 23, p. 182-191, 1942).

Nazareth (D.). — Carcinoïde. (*Rev. de gynéc. et d'obst.*, 1, p. 132-139, janvier 1938).

Nelson (M.-G.). — Carcinoïde. (*Ulster M. J.*, 8, p. 179-191, juillet 1939).

Neumann (H.-O.). — Cancer, cas. (*Arch. f. gynäk.*, 142, p. 730-740, 1930).

Newton (J.-S.). — Mucocèle. (*J. Louisiana State Univ. School. Med.*, 5, p. 2, janvier 1944).

Nigastro (M.). — Carcinoïde, cas. (*Semana méd.*, 1, p. 813-818, 14 avril 1938).

Nicolini (R.-C.). — Cancer et métastase. (*Bol. y trab. Acad. Argent. de Cir.*, 23, p. 1212-1221, 29 novembre 1939).

— Cancer et métastase. (*Bol. d'Inst. clin. quir.*, 16, p. 5-12, janvier-mars 1941).

Nikitina (L.-P.). — Myxoglobulosis. (*Sovet. Khir.*, (n° 1), 7, p. 164-165, 1934).

Nino (F.-L.). — Carcinoïde, 2 cas. (*Rev. Assoc. Med. Argent.*, 52, p. 311-314, 30 avril 1938).

Norgore (M.). — Neurome. (*Northwest med.*, 35, p. 188-190, mai 1936).

Norment (W.). — Cancer. (*South. Med. et Surg.*, 94, p. 439-441, juil. 1932).

Norment (W.-B.). — Tumeur. (*Surg. Gynec. et Obst.*, 55, p. 590-596, novembre 1932).

Novis (A.-A.). — Adénome kystique, cas. (*Bahia med.*, 4, p. 116-118, mai 1933).

Nyst (P.-M.-E.-P.). — Appendicite fibroblastique, cas. (*Nederl. Tijdschr. v. geneesk.*, 78, p. 5140-5143, 10 novembre 1934).

Oates (M.-O.). — Tumeurs argentaffines. (*West. Virginia M. J.*, 29, p. 216-218, mai 1933).

Oberndorfer (S.). — Carcinoïde. (*München med. Wchnschr.*, 75, p. 1329-1333, 3 août 1928).

— Carcinoïde. (Commenté par Gross). (*München Med. Wchnschr.*, 75, p. 1505, 31 août 1928).

Oggioni (G.). — Fibrome, cas. (*Ann. ital. di chir.*, 13, p. 705-715, 30 juin 1934).

Olper (L.). — Etude histologique des soi-disant carcinome et carcinoïde. (*Gior. med. d'alto. Adige*, 7, p. 148-155, mars-avril 1935).

Olson (O.-A.). — Mucocèle. (*Minnesota Med.*, 19, p. 297, mai 1936).

Orieoo (F.). — Mucocèle expérimentale. (*Arch. ital. di chir.*, 55, p. 504-561, 1939).

Ossiakino (A.-T.). — Gros kyste, cas. (*J. akush. i. zhensk. lobcz* 39, p. 750-754, 1928).

Ostrum (H.-W.) et Miller (R.-F.). — Mucocèle calcifié rompu. (*Radiology*, 36, p. 356-361, mars 1941).

Pagenstecher (G.-A.). — Carcinoïde dégénéré. (*Texas State J. Med.*, 31, p. 15-17, mai 1935).

Paitre et Du Bourguet. — Traitement chirurgical de dilatation kystique avec diverticule, cas. (*Soc. de Méd. Mil. Franç.*, 27, p. 270-276, décembre 1933).

Palumbo (V.). — Carcinoïde, cas. (*Policlinico (sez. chir.)*, 46, p. 133-143, mars 1939).

Papovici (V.-M.) et Georgescu (G.). — Carcinoïde parmi *mille* appendicictemoies, cas. (*Rev. de clin.*, Bucuresti, 38, p. 158-160, septembre-décembre 1935).

— Carcinoïde, 1 cas sur 1.000 appendicectomies. (*Rev. de chir. Paris*, 74, p. 476-478, juin 1936).

Parini (A.). — Carcinome primaire, cas. (*Reforma med.*, 50, p. 1345-1351, sept. 1934).

Pathis (G.-D.). — Carcinoïde. (*Vestnik. Khir.*, n° 35-36, 12, p. 197-199, 1928).

Perina (A.), De Azvedo et Coutinho (S.), De Silviera. — Pseudomyxome péritonéal d'origine appendiculaire. (*Mem. Inst. Oswaldo. Cruz.*, 32, p. 59, 1937).

Peritz (L.). — Neurinome. (*Zentralbl. f. chir.*, 57, p. 2474-2477, 4 octobre 1930).

Permin (P.-M.) et Starklint (H.). — Carcinoïde. (*Nord. Med.* (*Hospitalatid.*), 24, p. 1795-1797, 6 oct. 1944).

Pescarmona (E.). — Mucocèle. (*Bol. e. mem. soc. Piemontese di chir.*, 6, p. 465-480, 1936).

Petermann (E.-F.) et Abud (E.-P.). — Kyste mucoïde. (*Arch. Soc. circirjanos host.*, 13, p. 198-200, sept. 1943).

Peterson (R.-F.). — Mucocèle, 2 cas. (*Northwest med.*, 33, p. 328-330, septembre 1934).

Petit (R.). — Tumeur, cas. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris*, 23, p. 500-506, 3 juillet 1931).

Petresco (G.) et Albu (I.). — Mucocèle. (*Rev. de chir.*, Bucuresti, 42, p. 693-698, sept.-oct. 1939).

Pevsner (I.-A.). — Kyste. (*Vestnik. Khir.*, (n° 50), 17, p. 119-129, 1929).

Picard (E.) et Appelmans (R.). — Diagnostic d'épithélium glandulaire, cas. (*Rev. Belge sc. méd.*, 1, p. 241-247, mars 1929).

Pick (B.-P.) et Rainsford (S.-G.). — Cancer, cas. (*J. Roy. Nav. M. Serv.*, 18, p. 55-57, janvier 1932).

Pitts (D.-H.) et Gee (E.-A.). — Pseudomyxome du péritoine d'origine mucocèle. (*Canada M. A. J.*, 28, p. 266-268, mars 1933).

Phillips (W.-M.-H.) et Isaac (D.-H.). — Cancer primitif. (*Brit. m. J.*, 1, p. 1127-1128, 21 juin 1930).

Pop (A.). — Appendicite kystique, cas. (*Chij. med.*, 11, p. 393-394, 1er août 1930).

— Carcinoïde et appendicite aiguë, cas. (*Zentralbl. f. chir.*, 56, p. 3168-3171, 14 décembre 1929).

Porter (J.-C.) et Whelan (C.-S.). — 84 carcinoïdes, 3 avec métastase. (*Am. J. Cancer*, 36, p. 343-356, juillet 1939).

Prat et Paperan. — Epithélioma, cas. (*An. de fac. de méd. Montévidéo*, 14, p. 344-348, avril 1929).

Presno (J.-A.), Bastiony, Puente (N.), Duany et Kouni (P.). — Carcinoïdes, cas. (*Rev. de med. y Cir. de la Habana*, 34, p. 249-257, 30 avril 1929).

Preuss (S.). — Carcinoïde. (*Acta med. orient.*, 3, p. 69-80, mai-juin 1944).

Principalli (S.). — Myxoglobulosis (Hausemann). (*Arch. ital. d. mal. d. app. diges.*, 1, p. 213-227, juillet 1932).

Psykorsky (B.-S.). — Lymphosarcome, cas. (*Westnik Khir.*, (n° 45-46), 16, p. 219-221, 1929).

Puente, Penda (F.). — Mucocèle et pseudomyxome. (*Prensa med. mex.*, 9, p. 148-151, 15 octobre 1944).

Quattrochi (A.). — Occlusion intestinale aiguë avec adhérence de l'appendice ayant une mucocèle, cas. (*Policlinico (sez. prat.)*, 41, p. 1169-1172, 30 juillet 1934).

Radu (P.). — Cancer gélatineux. (*Chij. Med.*, 18, p. 608-613, 1er octobre 1937).

Rapaport (M.). — Paraganglíome. (*An. inst. modelo de clin. med.*, 23, p. 283-333, 1942).

RaReth (M.). — Carcinoïde, cas. (*Gaz. de osp.*, 60, p. 463-473, 14 mai 1939).

Reid (A.) et Smith (H.). — Cancer primitif. (*Brit. M. J.*, 1, p. 492-493, 15 mars 1930).

Renzi (De S.). — Pseudomyxome d'origine appendiculaire. (*Arch et al. d. mal. d. app. diges.*, 4, 323-354, septembre 1935).

Riberio, Ellis (F.). — Carcinoïdes, 2 cas. (*Lyon chir.*, 28, p. 163-172, mars-avril 1931).

Robb (J.-J.). — Polype étranger de l'appendice. (*Brit. M. J.*, 2, p. 500, 14 sept. 1929).

Robert (A.). — Carcinome. (*Bul. M. J.*, 1, p. 153, 3 fév. 1945)

Roda (E.). — Pneumatose de l'appendice, histopathologie du kyste. (*Arch. de med. cir. y espec.*, 33, p. 148-151, 16 août 1930).

Rosenblatt (M.-S.) et Robertson (T.-D.). — Carcinoïde et carcinome. (*Northwest. Med.*, 35, p. 103-107, mars 1936).

Roulet (F.). — Pseudomyxome d'origine appendiculaire, cas. (*Schweiz. med. Wchnschr.*, 68, p. 849-852, 16 juillet 1938).

Rubnitz (A.-S.) et Hermann (H.-T.). — Mucocèle expérimentale. (*Arch. path.*, 36, p. 297-310, septembre 1943).

Ruggieri (E.). — Tumeur lymphoïde. (*Arch. ital. de chir.*, 54, p. 419-436, 1938).

Rutherford (R.). — Cancer. (*Brit. M. J.*, 1, p. 1119, 23 juin 1934).

Safta (E.). — Carcinoïde. (*Chij. med.*, 18, p. 381-384, 1er juin 1937).

Saito (S.). — Deux cas, l'un rompu de pseudomyxome du péritoine d'origine appendiculaire. (*Jap. J. M. Sc. Tr. IX Surg. Orthop. et Odon.*, 1, p. 227-233, 1927).

Salles (N.). — Mucocèle, rapport d'autopsie. (*Arch. brasil. de med.*, 22, p. 286-290, juin 1932).

Sanchez, Lucas (J.). — Carcinoïde, cas. (*An. Casa. de Salud. Valdecilla*, 3, p. 168-169, 1932).

Sanés (S.) et Patchin (D.-F.). — Polype, cas. (*Arch. Surg.*, 44, p. 912-917, mai 1942).

Sanigar (E.-B.), Krejci (L.-E.), Kramer (E.-D.). — Examen du liquide d'ascite. (*J. Franklin inst.*, 235, p. 298-313, mars 1943).

Santos (P.-A.). — Carcinoïde, cas. (*Rev. Med. cir. do Brasil*, 46, p. 912-920, septembre 1938).

Sarff (O.-E.). — Mucocèle, cas. (*Minnesota*, 19, p. 739, novembre 1936).

Satanowski (G.). — Adénome invaginé. (*Rev. assoc. med. argent.*, 54, p. 476-481, 30 mai 1940).

Scagliosi (G.). — Cancer primitif, cas. (*Minerva med.*, 2, p. 749-757, 1er décembre 1931).

Schar (W.). — Carcinoïdes. (*Beitr. z. Klin. Chir.*, 140, p. 476-483, 1927).

Scheffelaar, Klotz (T.). — Soi-disant cancer primaire, cas. (*Geneesk. Gid.*, 7, p. 633-640, 12 juil. 1929).

Schena (A.-T.). — Cancer muqueux compliqué de péritonite gélatineuse, cas. (*Bol. y trab. de la Soc. de cir. de Buenos-Aires*, 16, p. 320-322, 1er juin 1932).

Schewket (F.). — Pseudomyxome résultant d'appendicite, cas. (*Zentralbl. f. chir.*, 58, p. 413-445, 11 février 1931).

Schubert (von E.). — Carcinoïde. (*Zentralbl. f. gynäk.*, 65, p. 985-987, 24 mai 1940).

Schulott (F.-C.). — Carcinoïde et adénocarcinome primaire. (*Minnesota Med.*, 23, p. 791-795, novembre 1940).

Schutz (O.). — Carcinoïde. (*Magyar orvosi arch.*, 32, p. 134-141, 1931).

Scott (F.-W.). — Carcinome primaire, cas. (*M. Bull. Vét. admin.*, 14, p. 85-88, juil. 1937).

Séjournet (P.). — Kyste, cas. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 26, p. 661-663, 7 décembre 1934).

Sgalitzer (G.). — Carcinoïde. (*Mitt. a. a. grenzgeb. d. Med. u. chir.*, 45, p. 100-108, 1938).

Sidorenko (R.-G.). — Kyste géant, cas. (*Novy Khir. arkhiv.*, 29, p. 170-172, 1933).

Signorini (J.-P.-A.). — Carcinoïde, cas. (*Bol. y trab. Soc. Argent. de cirurjanos*, 2, p. 549-558, 1941).

— Carcinoïde, cas. (*Rev. Med. quir. de pat. fem.*, 18, p. 326-332, oct. 1941).

Silberberg (J.-W.). — Abcès encapsulé de l'appendice pris pour une tumeur. (*Zentralbl. f. chir.*, 53, p. 2915-2916, 13 novembre 1926).

Silva (G.). — Mucocèle, cas. (*Ann. d'Obst. et Gynéc.*, 60, p. 459-470, 31 mai 1938).

Sinclair (F.-M.-G.). — Actinomycose, cas. (*Lancet*, 1, p. 75, 12 janvier 1929).

Smith (G.-P.). — Cancer. (*Colorado Med.*, 30, p. 351-354, septembre 1933).

Smith (G.-V.). — Tumeur épithéliale primitive, examen par l'imprégnation à l'argent. (*Arch. Path.*, 15, p. 78-82, janvier 1932).

Solcard, Rolland et Quérangal des Essarts. — Carcinoïde, cas. (*Anat. Path.*, 8, p. 646-648, juin 1931) et (*Arch. de Méd. et Pharm. Nav.*, 192, p. 68-71, janvier-mars 1932).

Soler (Julia). — Carcinoïde, cas. (*Revue espan. de enferm. d. op. digest. y de la nutricion*, 1, p. 403-409, juin 1939).

Solinger (J.). — Cancer primitif. (*Ann. Surg.*, 89, p. 276-281, février 1929).

Speese (J.). — Tumeur du coecum simulant une appendicite aiguë. (*S. clin. North America*, 8, p. 917-921, août 1928).

Sprafke (H.). — Cellules argentaffines dans la muqueuse de l'appendice et leur relation dans la production des carcinoïdes. (*Frankfurt. Ztschr. für Path.*, 35, p. 302-319, 1927).

Squires (C.-D.). — Mucocèle. (*New-York State J. Med.*, 31, p. 285-286, 1er mars 1931).

Staden (E.). — Neurinomatose, cas. (*Zentralbl. f. chir.*, 59, p. 1520-1522, 18 juin 1932).

Stanca (C.). — Cancer et tumeur de Krukenberg. (*Cluj. Med.*, 11, p. 608-610, 1er décembre 1930).

Stars (F.-N.-G.). — Endométriome du termino-iléon, l'appendice et le coecum. (*Arch. Surg.*, 19, p. 152-153, juil. 1929).

Stefani (H.). — Etiologie du myxoglobulosis. (*Zentralbl. f. allg. Path. u. path. anat.*, 76, p. 81-82, 25 novembre 1940).

Stout (A.-P.). — Hyperplasie lymphoïde isolée, dans le coecum et l'appendice des enfants. (*Am. J. Dis. Child.*, 34, p. 797-806, novembre 1927).

Storey (C.-F.). — Tumeur. (*U. S. Navy M. Bull.*, 38, p. 334-357, juillet 1940).

Sullivan (N.-J.). — Carcinoïde de l'appendice. (*California and West Med.*, 39, p. 45-50, juillet 1933).

Sussi (L.). — Mucocèle suivie de pseudomyxome du péritoine. (*Policlinico (sez. chir.)*, 57, p. 568-576, novembre 1930).

Szekely (L.). — Hydropisie et mucocèle. (*Budapesti orvosi Aysag*, 29, p. 148-149, 5 fév. 1931).

Tanaka (K.). — Carcinoïde. (*Gann.*, 33, p. 160-162, juin 1939 (au Japon).

— Carcinoïde. (*Mitt. a. d. med. Akad. zu Kioto*, 32, p. 835-836, 1941).

Tarantino (G.). — Mucocèle, cas. (*Policlinico (sez. chir.)*, 41, p. 206-212, avril 1934).

Tarantola (R.). — Myxoglobulosis. (*Pathologica*, 25, p. 316-325, 15 mai 1933).

Temporal (A.). — Carcinoïde, cas. (*Arg. brasil. de cir. et ortop.*, 5, p. 298-307, mars 1938).

Terracani (R.-S.) et Parreno (L.-J.). — Mucocèle, cas. (*Rev. med. quir. de pat. fem.*, 16, p. 169-179, août 1940).

Tessi, Sertun (A.), Brollo (R.) et Suarez (C.-V.). — Pseudomyxome d'origine appendiculaire. (*Bol. Soc. de cir. de Rosario*, 11, p. 474-481, novembre 1944).

Thibaudeau (A.-A.) et Burke (E.-M.). — Revue critique des tumeurs épithéliales. (*J. Cancer Research.*, 13, p. 73-86, mars 1929).

Timoney (F.-X.). — Mucocèle rompue et pseudomyxome. (*Am. J. Surg.*, 64, p. 417-419, juin 1944).

Tokihiro (I.). — Carcinoïde chez enfants de huit ans. (*Ztschr. d. Japan chirurg. gesellsch.*, 36, p. 136, 1935).

Topa (P.), Cracum (E.-C.) et Caranizulescu (D.). — Tumeur argentaffine, 2 cas. (*Arch. d. mal. de l'app. digestif*, 24, p. 392-409, avril 1934).

Topping (M.-H.). — Mucocèle et cancer, cas. (*California and West. Med.*, 29, p. 186-187, septembre 1928).

Ugelli (L.). — Pseudomyxome, 2 cas. (*Policlinico (scz. chir.)*, 41, p. 100-108, février 1934).

Uher (V.). — Classification des carcinoïdes. (*Spisy. lek. Masunjk. Unic.*, (69), 7, p. 1-12, 1929).

Uihlein (A.) et Mac Donald (F.-R.). — Carcinome primitif. (*Surg. Gynec. et Obst.*, 76, p. 711-716, juin 1943).

Valena (B.), Fuentes, Viana (C.), Robdin (A.) et Bruno (W.). — Mucocèle, diagnostic. (*Arch. urug. de med. cir. y especialid.*, 15, p. 389-407).

Vance (C.-A.). — Carcinome primaire. (*Am. J. Surg.*, 24, p. 850-862, juin 1934).

Vasconcelles (O.), Ribeiro. — Mucocèle. (*Rev. Brasil. de cir.*, 5, p. 113-120, mars 1936).

Vass (T.-E.). — Carcinome primaire, cas. (*West. Virginia M. J.*, 27, p. 72-74, février 1931).

Veaver (C.-H.). — Mucocèle avec dégénérescence pseudo-mucineuse. (*Am. J. Surg.*, 36, p. 523-526, mai 1937).

Veltner (Z.). — Tumeur péri-appendiculaire d'origine appendiculaire, cas. (*Gyo. gyaszat.*, 71, p. 268-270, 29 avril 1931).

Vollmar (H.). — Aspects pathologiques du cancer et de la carcinoïde. (*Arch. f. Klin. chir.*, 143, p. 763-768, 1926).

Volpi (D.-P.). — Pseudomyxome d'origine appendiculaire. (*Rev. San. mil. Buenos-Aires*, 44, p. 862-867, juin 1945).

Vorhauss (M.-G.). — Reconnaissance de quelques-unes des lésions peu communes, mucocèle du coecum et de l'appendice. (*J. A. M. A.*, 94, p. 165-169, 18 janvier 1936).

Votta (F.-A.). — Endométriome de l'appendice, cas. (*Rev. de cir. de Buenos-Aires*, 16, p. 486-493, octobre 1937).

Wahlig (A.-F.). — Mucocèle. (*M. Bull. Vet. Admin.*, 12, p. 205-206, octobre 1935).

Wakeley (C.-P.-G.). — Cancer. (*Practitioner*, 137, p. 733-739, novembre 1936).

Walker (G.-B.-W.). — Carcinome primaire de l'appendice, cas. (*Brit. J. Surg.*, 14, p. 661-667, avril 1927).

Waugh (T.-R.) et Findley (D.). — Mucocèle et griffe péritonéale d'adénocarcinome. (*Am. J. Surg.*, 37, p. 318-222, septembre 1937).

Weawer (D.-D.). — Mucocèle, 2 cas. (*California et West. Med.*, 28, p. 500-501, avril 1928).

Wellarts (M.-D.) et Kundel (E.-P.). — Mucocèle. (*U. S. Navy M. Bull.*, 40, p. 418-421, avril 1942).

Wengen (H.-C.). — Carcinoïde. (*Klin. Wchnschr.*, 20, p. 316-320, 29 mars 1941).

White (R.-J.) et Ellis (R.-C.). — Polype. (*Am. J. Surg.*, 70, p. 389-393, décembre 1945).

Wilmoth (C.-L.). — Carcinoïde. (*Ann. Surg.*, 90, p. 261-265, août 1929).

— Mucocèle. (*Am. J. Surg.*, 34, p. 383-384, novembre 1936).

Wilson (W.-E.). — Lymphosarcome, cas. (*J. M. A. Alabama*, 15, p. 98-103, septembre 1945).

Winter (S.). — Cancroïde. (*Polska gaz. lik.*, 7, p. 426-433, 10 juin 1928).

Woodruff (R.) et Mac Donald (J.-R.-. — Kyste malin. (*Surg. Gynec. and Obst.*, 71, p. 750-755, décembre 1940).

Wright, Smith (R.-J.). — Carcinome et métastases. (*Royal Melbourne Hosp. Clin. rep.*, 12, p. 27-29, déc. 1941).

Yasuoka (K.). — Appendicite fibroblastique, cas. (*Nagasaki Igakkwai Zassi*, 15, p. 2260, 25 octobre 1937).

Young (E.-L.) et Wyman (S.). — Carcinome primaire et appendicite aiguë, cas. (*New-England J. Med.*, 227, p. 703-705, 5 novembre 1942).

Zanardi (F.). — Pseudomyxome d'origine appendiculaire. (*Arch. ital. di chir.*, 26, p. 691-702, 1930).

Zelmanovitch (Y.-G.). — Cancer véritable, cas. (*Vrach. dielo.*, 11. p. 1527-1528, 15 octobre 1928).

Zeno (L.-O.), Cames (O.), Cid (J.-M.). — Invagination et mucocèle, pseudomyxome du péritoine d'origine appendiculaire, cas. (*Rev. Med. latino am.*, 15, p. 897-907, avril 1930).

Zwerg (H.-G.). — Appendicite fibroblastique ou tumeur de l'angle iléo-coecal avec inflammation de l'appendice, cas. (*Deutsche Ztschr. f. chir.*, 209, p. 129-136, 1928).

TABLE DES ILLUSTRATIONS

PAGES

Figure I. — Vue externe de la tumeur et tranche de section de celle-ci 19

Schéma — Aspect de la région iléo-cœco-appendiculaire lors de l'intervention 20

Photo — Mucocèle total d'un appendice (Photo due à l'obligeance du Professeur DELARUE) 21

Figure II. — Région de transition entre carcinoïde et mucocèle 23

Figure III. — Carcinoïde 24

Figure IV. — Méso-appendice et éléments carcinoïdes 25

Figure V. — Paroi de la mucocèle, revêtement interne et calcification 26

Figure VI. — Coupe totale de la paroi de la mucocèle 27

Figure VII. — Paroi de la mucocèle, revêtement externe, péritonéal 28

Les reproductions suivantes sont dues à l'obligeance du Professeur DELARUE et de « *La Semaine des Hôpitaux.* »

Figure VIII. — Coupe transversale d'une mucocèle appendiculaire « à grains riziformes ». Le mucus, brassé par une musculeuse conservée, est fragmenté en masses sphéroïdes a peu près égales 32

Figure IX. — Coupe d'un lymphatique épiploïque rempli de mucus observé dans un cas de pseudo-myxome péritonéal. Noter la présence d'une bordure mucipare et la sclérose environnante 33

Figure X. — Le revêtement péritonéal mucipare dans une « maladie gélatineuse » du péritoine. Les éléments mucipares ont ici une morphologie endothéliale 34

Figure XI. — Mucocèle appendiculaire. Bordure vallonnée de cellules épithéliales cylindriques activement

mucipares. Paroi fibreuse à peu près dépourvue de fibres musculaires et parsemée de capillaires congestionnés. 41

Figure XII. — Paroi du segment distal de l'appendice continuant le pôle inférieur d'un « kyste muqueux » du segment moyen. Persistance des glandes de la muqueuse qui sont en état d'hypercrinie intense 41

Figure XIII. — Paroi d'une mucocèle en réaction inflammatoire. Flaques de mucus et imprégnation par celui-ci de la substance fondamentale conjonctive 44

Figure XIV. — Le revêtement du péritoine sous-hépatique dans un cas de pseudo-myxome diffus. Aspect franchement épithélial mucipare. 44

TABLE DES MATIERES

PAGES

INTRODUCTION 11

HISTORIQUE 13

OBSERVATIONS 17

NOTIONS CONCERNANT LE CARCINOIDE, LA MUCOCELE ET LE PSEUDOMYXOME DU PERITOINE 31

VALEUR DE L'OBSERVATION 35

RECHERCHE DE LA CHRONOLOGIE DES TROIS AFFECTIONS 37

HISTOGENES DU CARCINOIDE ET PATHOGENESE DE LA MUCOCELE ET DU PSEUDOMYXOME 39

INTERPRETATION CLASSIQUE 47

ESSAI DE PATHOGENIE (Théorie de DELARUE) 49

CONCLUSIONS 53

NOTE STATISTIQUE 55

BIBLIOGRAPHIE. 57

TABLE DES ILLUSTRATIONS 87

IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
P A R I S